

# **Krebsinduzierter Distress bei Partnern von Krebserkrankten**

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften  
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig  
zur Erlangung des Grades  
einer Doktorin der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von Franziska Kopsch  
aus Rathenow

---

1. Referent/in:

Prof. Dr. rer. nat. Tanja Zimmermann

2. Referent/in:

Prof. Dr. rer. nat. Beate Muschalla

eingereicht am:

20.01.2020

mündliche Prüfung (Disputation) am:

19.06.2020

Druckjahr 2020

---

## Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung .....	6
2 Theoretischer Hintergrund .....	7
2.1 Die aktuelle Datenlage zu Krebserkrankungen welt- und deutschlandweit .....	7
2.2 Die Rolle der Psychoonkologie in der Medizin.....	8
2.3 Grundlegende Konzepte in der Psychoonkologie.....	11
2.3.1 Distress und Krankheitsverarbeitung .....	11
2.3.2 Coping .....	16
2.3.3 Positive psychologische Aspekte der Krebserkrankung .....	18
2.4 Krebs und Partnerschaft.....	21
2.4.1 Partnerschaftlicher Distress, Krankheitsverarbeitung und dyadisches Coping bei Krebs .....	22
2.4.2 Partnerschaftliche Bindung und ihr Einfluss auf die Belastung bei Krebs .....	29
2.5 Krebspezifischer Distress bei Partner*innen von Krebserkrankten .....	31
2.5.1 Psychischer Distress bei Partner*innen von Krebserkrankten .....	33
2.5.2 Sozialer und praktischer Distress bei Partner*innen.....	39
2.6 Überblick über psychoonkologische Interventionen.....	43
2.7 Entwicklung des Fragebogens zur Belastung von Partner*innen Krebserkrankter .....	49
2.7.1 Entwicklung des FBK-P .....	49
2.7.2 Ergebnisse der Pilotierung des FBK-P .....	51
3 Fragestellung .....	53
4 Methode.....	60
4.1 Durchführung der Datenerhebung.....	60
4.2 Messinstrumente.....	61
4.3 Stichprobenbeschreibung .....	64
4.4 Statistische Analysen.....	68
4.4.1 Statistische Auswertung der quantitativen Daten.....	69
4.4.1.1 Statistische Analyse für die Langform des FBK-P .....	69
4.4.1.2 Statistische Analyse für die Kurzform des FBK-P.....	71
4.4.2 Logistische Regression.....	72
4.4.3 Aufbereitung der qualitativen Daten .....	73
4.4.4 Spezifische inhaltsanalytische Gütekriterien.....	74

4.4.5 Statistische Auswertung der qualitativen Daten.....	75
5 Ergebnisse .....	75
5.1 Ergebnisse der verwendeten Selbstbeurteilungsinstrumente .....	76
5.2 Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung der Langform des FBK-P .....	78
5.2.1 Itemanalyse.....	78
5.2.1.1 Verteilungscharakteristika.....	78
5.2.1.2 Itemschwierigkeit .....	78
5.2.1.3 Trennschärfe.....	78
5.2.1.4 Homogenität .....	81
5.2.1.5 Testgütekriterien.....	81
5.2.1.6 Cut-Off für die Langform des FBK-P .....	85
5.3 Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung der Kurzform des FBK-P .....	85
5.3.1 Itemreduktion .....	85
5.3.2 Itemanalyse.....	86
5.3.2.1 Verteilungscharakteristika.....	86
5.3.2.2 Itemschwierigkeit .....	86
5.3.2.3 Trennschärfe.....	86
5.3.2.4 Homogenität .....	87
5.3.2.5 Testgütekriterien.....	87
5.3.2.6 Cut-Off für die Kurzform des FBK-P .....	87
5.4 Prädiktoren für Distress bei Partner*innen von Krebserkrankten.....	88
5.5 Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse.....	89
5.5.1 Analyse der Distressfaktoren.....	89
5.5.2 Analyse der Ressourcen .....	95
5.5.3 Interraterreliabilität.....	99
5.5.4 Häufigkeitsangaben zur Nennung der einzelnen Kategorien .....	99
5.5.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede in Distress und Ressourcen .....	100
5.5.6 Distressspezifische Unterschiede in Distress und Ressourcen.....	100
5.5.7 Korrelation der Kategorien erster Ordnung mit quantitativen Selbstberichtsmaßen.....	106
5.5.7.1 Korrelationen bei den Distressfaktoren.....	106
5.5.7.2 Korrelationen bei den Ressourcen.....	106
6 Diskussion .....	108
6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zur quantitativen Untersuchung..	108
6.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Langform des Fragebogens.....	108

6.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Kurzform des Fragebogens .....	110
6.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Berechnung der Cut-Off's .....	110
6.1.4 Diskussion der Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung des FBK-P und FBK-P-KF .....	111
6.2 Diskussion der Ergebnisse zur Prädiktion von Distress in der aktuellen Stichprobe...	114
6.3 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse .....	116
6.3.1 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Distressanalyse .....	117
6.3.2 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Ressourcenanalyse.....	121
6.3.3 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Analyse hinsichtlich der Geschlechterunterschiede .....	124
6.3.4 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Analyse hinsichtlich der Distressunterschiede .....	126
6.4 Die qualitative Distressanalyse als Maß für die Konstruktvalidität des FBK-P .....	127
6.5 Limitationen der Studie .....	130
6.6 Ausblick .....	132
Literaturverzeichnis.....	136
Abbildungsverzeichnis .....	161
Tabellenverzeichnis.....	162

---

---

## **Zusammenfassung**

Eine Tumorerkrankung erzeugt Distress für das gesamte Familiensystem des Betroffenen. Partner\*innen von Erkrankten bilden dabei den primären, nicht professionellen Unterstützer. Allerdings ist auch der/die Partner\*in einer Vielzahl von psychischen, sozialen und organisatorischen Belastungen ausgesetzt. Die Psychoonkologie nimmt daher den/die Partner\*in verstärkt mit in den Fokus von Forschung und Behandlung. Zur Erfassung von krebsspezifischem Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten ist bis dato kein psychometrisch geprüftes Messinstrument vorhanden. Der Fragebogen zur Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten (FBK-P) wurde in einer Vorstudie an einer kleinen Stichprobe erstmalig pilotiert. Diese Arbeit validiert den FBK-P an einer großen Stichprobe ( $N = 305$ ) von Partner\*innen krebserkrankter Patient\*innen. Die Faktorenstruktur des Fragebogens konnte repliziert werden und die Inhalts-, Reliabilitäts- und Validitätsanalysen ergaben gute bis sehr gute Kennwerte. Eine neu entwickelte Kurzform des FBK-P weist ebenfalls zufriedenstellende Ergebnisse auf. Für beide Varianten des Fragebogens wurden mit Hilfe von ROC-Analysen Cut-Offs definiert. Mithilfe des FBK-P wurden Prädiktoren für die Entstehung von krebsspezifischem Distress bei Partner\*innen ermittelt. Hier lieferten das Alter und eigene körperliche Erkrankungen von Partner\*innen und das Erkrankungsstadium von Patient\*innen signifikante Ergebnisse. Um das Konstrukt Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten differenziert zu erfassen, wurde zudem eine qualitative Befragung dieser ausgewertet und kategorisiert. Hauptsächlich Belastungen bilden psychische und medizinische Faktoren. Unter den Ressourcen der betroffenen Partner\*innen ist vor allem die soziale Unterstützung relevant. Die Ergebnisse werden unter Berücksichtigung des aktuellen psychoonkologischen Forschungsstands diskutiert. Implikationen für die wissenschaftliche Forschung und klinische Versorgung werden abgeleitet.

## **Abstract**

An individual's diagnosis of cancer also leads to significant distress in the patients' families. The spouse is the primary non-professional caregiver of the patient and carries the burden of psychological, social and organisational distress. Psychooncology therefore increasingly focuses the partner in research and treatment. Thus, validated instruments for the assessment of spousal cancer-specific distress is necessary. To date, no psychometrically tested tool to assess cancer-specific distress among spouses of tumor patients is available. The questionnaire on stress in partners of cancer patients (QSC-P, german: FBK-P) has already been piloted in a preliminary study with a small sample. The aim of this paper is the validation of the QSC-P on a large sample ( $N = 305$ ) to ensure the psychometric quality and to develop a screening version of the questionnaire. The three-factor structure of the instrument proved to be stable across samples. Psychometric properties of the QSC-P were satisfying and the content, reliability and validity analyses resulted in good to very good characteristic values. The newly developed short form of the QSC-P also shows satisfactory results. Cut-off scores based on ROC-analyses were defined for both versions of the questionnaire. Furthermore, predictors for the development of cancer-specific distress among partners were determined (namely, age and own physical illnesses of the spouse as well as the disease stage of the patient). In order to profoundly differentiate distress among spouses of cancer patients, a qualitative survey of partners was conducted. Psychological symptoms and medical treatment were identified as the main stressor while social support by family members and friends proved to be the main resource base. The results are discussed, taking the current state of psycho-oncological research into account. Implications for scientific research and psychosocial care are derived.



## 1 Einleitung

Die deutsche Schwimmerin Daniela Samulski stirbt im Mai 2018 mit 33 Jahren an Krebs. Die Erkrankung trat erstmals 2011 kurz nach der Geburt ihres ersten Kindes auf. Damals war die Behandlung erfolgreich und Daniela Samulski galt als geheilt. Das Rezidiv überlebte sie letztlich nicht. Der Sohn erlebte die Erkrankung seit seiner Geburt mit, der Ehemann ist seitdem mit dem gemeinsamen Kind, der Sorge um die Partnerin und die eigenen Verpflichtungen belastet. Nun steht er vor der schwierigen Aufgabe, dem Sohn zu erklären, dass die Mutter verstorben ist, seine eigene Trauer zu bewältigen und den familiären Alltag aufrecht zu erhalten. Eine Aufgabe, die nahezu jeden an die Grenzen seiner Belastbarkeit oder darüber hinausbringt.

Einige wenige kritische Stimmen behaupten bis heute, dass schwerwiegende oder chronische Erkrankungen nur die Erkrankten betreffen. Jedoch weist eine Vielzahl von Studien auf die emotionale und praktische Belastung der Familie und enger Bezugspersonen von chronisch erkrankten Menschen hin. In der psychoonkologischen Versorgung von Patient\*innen werden die Angehörigen mittlerweile verstärkt mit in den Fokus genommen. Die zur Verfügung stehenden Interventionen sind zum Großteil jedoch unspezifisch und selten auf die besonderen Bedürfnisse eines Menschen, der nicht erkrankt ist, jedoch trotzdem aufgrund einer Erkrankung einer nahestehenden Person starker Belastung ausgesetzt ist, abgestimmt. Wo für Patient\*innen bereits eine Vielzahl von evaluierten spezifischen Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, ist die Anzahl von qualitativ hochwertigen randomisiert kontrollierten Studien zu Interventionen für Angehörige hingegen eher gering. Um dieses Forschungsfeld voranzutreiben scheint es grundsätzlich sinnvoll, einen möglichst umfassenden und fundierten Überblick über subjektiv wahrgenommene Belastungsbereiche zu erlangen, um daraus Erkenntnisse für eine ökonomische, quantitative Erfassung des Distress der Partner\*innen von Krebserkrankten zu gewinnen. Dann besteht die Möglichkeit, spezifische, auf die Situation der Partner\*innen zugeschnittene Interventionen zu entwickeln und zu evaluieren.

Diese Dissertation bemüht sich um eine differenzierte Darstellung des Konzepts Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten über verschiedene statistische Analysewege. Dazu wird zunächst eine quantitative Erfassung von krebspezifischem Distress angestrebt, indem ein erst einmalig pilotiertes Selbstbeurteilungsinstrument (FBK-P, Fragebogen zur Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten; Zimmermann, Kopsch, Brederecke & Herschbach, in Vorbereitung) erneut psychometrisch überprüft wird. Darüber hinaus soll eine Kurzform des Fragebogens entwickelt und validiert werden, um dem Wunsch nach Ökonomie und Nutzerfreundlichkeit in der alltäglichen medizinischen Versorgung von Angehörigen von

Krebserkrankten nachzukommen (AWMF, 2014). Ziel ist es, dass die Kurzform des Fragebogens zur Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten (FBK-P-KF, Zimmermann et al., in Vorbereitung) bei größtmöglicher Aussagekraft so wenig Items wie möglich beinhaltet. Die gewonnenen Daten sollen außerdem hinsichtlich möglicher Prädiktoren für krebspezifischen Distress ausgewertet werden. Darüber hinaus soll eine qualitative Befragung von Partner\*innen zu ihren Belastungen und Ressourcen im Krankheitsverlauf ausgewertet werden. Die offenen Antworten werden kategorisiert und diskutiert, um eine möglichst vollständige Übersicht über das Befinden der Befragten zu erstellen. Diese Übersicht soll im Gegensatz zu dem ökonomischen quantitativen Fragebogen (FBK-P; Zimmermann et al., in Vorbereitung) eine detaillierte und facettenreiche Darstellung des Befindens der Partner\*innen ermöglichen und bietet dadurch eine wertvolle Grundlage für die Entwicklung von spezifischen Interventionen und Methoden für die psychosoziale Versorgung.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

### **2.1 Die aktuelle Datenlage zu Krebserkrankungen welt- und deutschlandweit**

In 2008 wurde die Anzahl an Krebserkrankungen weltweit auf circa 6 Millionen Fälle geschätzt. Bis 2012 erhöhte sich diese Zahl auf 14.1 Millionen Diagnosen (Ferlay et al., 2013). Aktuelle Berechnungen des Global Cancer Observatory zeigen eine globale Inzidenzrate von 18.1 Millionen für 2018. Hochrechnungen für die kommenden Jahrzehnte erwarten eine Steigerung auf mehr als 24 Millionen Fälle bis 2035 (Ferlay et al., 2019). Ein Grund für die starke Erhöhung der Krebserkrankungen in der westlichen Welt stellt die sich verändernde Altersverteilung der Gesellschaft dar. Die Anzahl von Personen über 65 steigt stetig an, wohingegen weniger Geburten zu verzeichnen sind. In 2030 werden Menschen über 65 Jahre 70% der Erkrankungsfälle in Industriestaaten ausmachen (Baider & Surbone, 2014). Im internationalen Vergleich bezüglich der Höhe der Inzidenzraten für Krebserkrankungen zeigt sich Deutschland bei Männern an fünfter, bei Frauen an neunter Stelle.

Das deutsche Zentrum für Krebsregisterdaten des Robert Koch Instituts ermittelt deutschlandweit epidemiologische Daten für Krebserkrankungen. Die Daten zeigen, dass in der Bundesrepublik jedes Jahr circa 480.000 Menschen erstmalig erkranken. In 2014 waren 249.200 der Erkrankten männlich und 227.000 weiblich. Bei der Betrachtung der häufigsten Tumorlokalisationen zeigen sich bei Männern Prostata (23.0%), Lunge (13.9%) und Darm (13.3%) und bei Frauen Brustdrüse (30.5%), Darm (12.3%) und Lunge (8.5%) an vorderster Stelle. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei Männern bei 70 Jahren, bei Frauen bei 69 Jahren. In 2014 starben 121.331 Männer und 101.641 Frauen in Deutschland aufgrund der

Krebserkrankung. Jedoch zeigt sich, dass zwischen 2005 und 2015 die altersstandardisierten Sterberaten bei Männern um 12% und bei Frauen um 7% zurückgegangen sind. Der Anteil der Krebserkrankungen an allen Todesursachen ist seit Ende der 1990er Jahre mit circa 22% bei Frauen und 28% bei Männern nahezu konstant geblieben. Zwischen 2004 und 2014 hat die absolute Zahl der Krebsneuerkrankungen bei Männern um 6% und bei Frauen um 9% zugenommen. Die demografische Entwicklung in Deutschland führt Hochrechnungen zufolge zwischen 2010 und 2030 zu einem Anstieg der Krebsinzidenzrate um mindestens 20% (Kaatsch et al., 2017).

## **2.2 Die Rolle der Psychoonkologie in der Medizin**

Die Psychoonkologie hat sich als ein wichtiger Teil der Onkologie entwickelt, indem sie psychische, soziale und behaviorale Aspekte einer Krebserkrankung betrachtet und behandelt. Ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis der Einflussfaktoren auf das Ansprechen auf medizinische Behandlungen, die Krankheitsverarbeitung, die Adhärenz der Erkrankten etc. wird angestrebt, um psychologische Implikationen für die multiprofessionelle Behandlung bei Krebs zur Verfügung zu stellen (Watson & Dunn, 2016). Die S3-Leitlinie zur Psychoonkologie bei erwachsenen Krebskranken definiert die Psychoonkologie folgendermaßen:

„Die Psychoonkologie, synonym auch „Psychosoziale Onkologie“, ist ein eigenes Arbeitsgebiet im onkologischen Kontext, das sich mit dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatienten im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen befasst. Aufgabe der Psychoonkologie ist es, die Bedeutung psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge sowie den gesamten Verlauf einer Tumorerkrankung und deren Wechselwirkungen wissenschaftlich zu untersuchen und die gewonnenen Erkenntnisse in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, ambulanten Versorgung und Palliativbetreuung von Patienten nutzbar zu machen und in konkrete Unterstützungs- und Behandlungsangebote umzusetzen. Dabei schließt die Psychoonkologie nicht nur die direkt von der Krankheit betroffenen Personen, sondern auch die Angehörigen und das soziale Umfeld mit ein. Darüber hinaus sind auch die Behandler\*innen (Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegende (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen) und

alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen) wichtige Zielgruppen psychoonkologischer Unterstützung hinsichtlich der Bereitstellung von Fort- und Weiterbildungs- sowie Supervisionsangeboten.“ (AWMF, 2014, S. 24)

Die Psychoonkologie hat demnach in jeder Phase der Erkrankung und Behandlung die Aufgabe, krankheitsspezifische Belastungen zu erforschen und klinische Implikationen zur multimodalen Behandlung des gesamten betroffenen Systems abzuleiten. Die Bereitstellung professioneller Unterstützung in allen Erkrankungsphasen stellt eine Kernaufgabe der Psychoonkologie dar (AWMF, 2014). Psychoonkologische Interventionen können die funktionale Krankheitsverarbeitung aller Betroffenen fördern und deren psychische Gesundheit erhalten oder steigern und so positiv auf den Behandlungsverlauf des Erkrankten und die Fähigkeit von Partner\*innen, Unterstützung zu geben, einwirken (Badr & Krebs, 2013; Baucom et al., 2009; Heinrichs & Zimmermann, 2007; Scott, Halford & Ward, 2004; Secinti, Tometich, Johns & Mosher, 2019).

Die medizinische Prävention und Behandlung von Tumorerkrankungen wird stetig weiterentwickelt und erzielt regelmäßig bedeutende Erfolge. Die 5-Jahres-Überlebensrate von Erkrankten beträgt mittlerweile mehr als 50% (Dürkop, 2010). In Deutschland leben insgesamt circa 4 Millionen Menschen, die mindestens einmal in ihrem Leben an Krebs erkrankt sind. Die sich verringende Sterberate stellt die Psychoonkologie vor neue Herausforderungen. Stand lange Zeit die Betreuung palliativ Erkrankter im Vordergrund, wird zunehmend auf die Behandlung derjenigen Menschen fokussiert, die langfristig mit belastenden körperlichen und psychosozialen Folgen der Erkrankung und Behandlung leben müssen. Circa dreißig Prozent aller Krebserkrankten und zehn Prozent der Angehörigen entwickeln im Verlauf der Erkrankung klinisch bedeutsame Symptome psychischer Störungen oder ausgeprägten krebsinduzierten Distress (Maguire, 1999; Mehnert & Koch, 2008; Singer, Das-Munshi & Brähler, 2009). Verschiedene Forschergruppen untersuchen Verknüpfungen zwischen Distress, sozialer Unterstützung und Mechanismen der Psychoneuroimmunologie. Hier wird der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und der Erkrankung deutlich. Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten, die wenig Unterstützung erhalten, aufgrund von verstärkten entzündlichen Prozessen im Körper ein schnelleres Tumorwachstum zu verzeichnen hatten (Lutendorf & Sood, 2011). Durch fehlende soziale Unterstützung kann die Produktion von Stresshormonen verstärkt werden, die wiederum die Tumor-Angiogenese intensivieren können. Auch psychische Erkrankungen wie Depressionen verstärken den o.g. Prozess und reduzieren die Wirkung von antineoplastischen Therapien (Reich, 2008). Da die Wahrnehmung von Schmerzen und das

Erleben einer psychischen Erkrankungen Ähnlichkeiten in ihren pathogenetischen Mechanismen aufweisen (Torta & Ieraci, 2013), können Symptome psychischer Erkrankungen die Schmerzschwelle senken und hormonell bedingte tumorprogrediente Prozesse beim Erkrankten fördern (Krishnadas & Cavanagh, 2012).

In der multimodalen Behandlung eines Krebserkrankten nimmt die Relevanz von Lebenspartner\*innen stetig zu und sein Einbezug in die psychosoziale Versorgung ist dringend notwendig. Gegenseitige Unterstützung der Dyade stellt einen der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Copingstrategien beider Beteiligten dar (Baucom, Porter, Kirby, Gremore & Keefe, 2006; Manne et al., 2007; Scott & Kayser, 2009). Alternative Unterstützungsquellen können die ungenügende Unterstützung von Partner\*innen nicht adäquat ausgleichen (Devine, Parker, Fouladi & Cohen, 2003; Pistrang & Barker, 1995). Gesunde Partner\*innen stellen das größte Ausmaß an praktischer Unterstützung für Erkrankte bereit, pflegen ihn, koordinieren Termine und übernehmen dessen Alltagspflichten (Dumont et al., 2006; Goldstein et al., 2004; Northouse, 1988; Van Ryn et al., 2011). Eine ungenügende Unterstützung verstärkt die depressive Symptomatik des Erkrankten und beeinflusst dadurch den Erkrankungsverlauf negativ (McLean & Jones, 2007; Segrin & Domschke, 2011). Zur Erfüllung dieser Aufgaben stellt die physische und psychische Gesundheit des/der gesunden Partner\*in eine unumgängliche Notwendigkeit dar, sodass er/sie in der Lage ist, die ihm zugetragenen Anforderungen zu bewältigen. Die Forschung verdeutlicht, dass die Qualität der Versorgung durch Partner\*innen mit depressiver Symptomatik wesentlich schlechter ist als durch psychisch gesunde Partner\*innen (Williamson & Shaffer, 2001). Die Bedürfnisse von Erkrankten sind vor allem dann nicht erfüllt, wenn gesunde Partner\*innen einen hohen Distress aufweisen (Siegel, Raveis, Mor & Houts, 1991). Darüber hinaus kann die stetige Belastung von Partner\*innen langfristig psychische Symptome und physische Erkrankungen fördern, die eine Behandlung notwendig machen und damit eine aus der Erkrankung des Indexpatienten resultierenden Bürde für das Gesundheitssystem darstellen. Eine spezifisch auf den krebsinduzierten Distress ausgerichtete Prävention und Behandlung für Partner\*innen kann also langfristig auf mehreren Ebenen das Gesundheitssystem entlasten und das psychische und physische Wohlbefinden sowohl von Partner\*innen als auch Erkrankten steigern. Um Distress oder psychische Störungen effektiv erkennen und behandeln zu können, sind reliable und valide Diagnostikinstrumente, die für diesen spezifischen Zweck konstruiert wurden, dringend erforderlich. Nationale und internationale psychoonkologische Leitlinien empfehlen eine systematische Diagnostik bei allen Patient\*innen und optimalerweise deren Angehörigen, um der Entwicklung einer psychischen Erkrankung frühzeitig entgegenwirken, Belastungen

reduzieren und Unterstützungsangebote offerieren zu können (AWMF, 2014; Berend & Küchler, 2010; Bultz & Carlson, 2006; Mehnert, Petersen & Koch, 2003; NCCN, 2017). Die Psychologie ist dementsprechend unverzichtbar, um Belastungen von Krebserkrankten und deren Angehörigen adäquat zu erfassen, der Entwicklung psychischer Belastung und Erkrankung präventiv vorzubeugen und bereits bestehende Belastungen mit spezifischen Interventionen zu reduzieren, um deren Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und medizinischen Behandlung zu minimieren.

## **2.3 Grundlegende Konzepte in der Psychoonkologie**

**2.3.1 Distress und Krankheitsverarbeitung.** Die Krankheitsverarbeitung wird als ein individueller Selbstregulationsprozess beschrieben, der die Beeinträchtigung eines Individuums reduziert, indem es sich kurz-, mittel- oder langfristig an krankheitsbedingte Belastungen und Folgeprobleme anpasst (Folkman & Greer, 2000). Distress entsteht aus der subjektiven Annahme, diese krankheitsbedingten Belastungen nicht adäquat bewältigen zu können. Er äußert sich auf kognitiver, behavioraler und emotionaler Ebene und ist verknüpft mit einer geringeren Lebensqualität, negativem Gesundheitsverhalten, häufigerer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie höherer Mortalität (Gao, Bennet, Stark, Murray & Higginson, 2010).

Oft wird der Begriff Distress für alle praktischen und emotionalen krebsspezifischen Belastungen verwendet. Gilbar (1999) hingegen bemüht sich um eine strikte Trennung von der Bürde durch die Erkrankung aufgrund von praktischen Belastungen wie der Übernahme von Verpflichtungen oder der Pflege des Erkrankten und dem psychologischen Distress, der sich vor allem durch Sorgen bzgl. der Erkrankung, Ängste und Hilflosigkeit äußert. In der psychoonkologischen Forschung wird diese Trennung jedoch selten durchgeführt. Distress wird im Kontext einer Krebserkrankung meist als eine negative multifaktorielle Erfahrung beschrieben, die die funktionale Krankheitsverarbeitung des Individuums bedeutend beeinflussen kann (Mehnert, Müller, Lehmann & Koch, 2006; Secinti et al., 2019). Im Unterschied zu psychischen Erkrankungen bildet der Begriff Distress keine spezifischen Symptome oder Syndrome ab, sondern beschreibt ein Konglomerat aus psychologischen (kognitiv, emotional, behavioral), sozialen und spirituellen Komponenten, die zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung auftreten und sich verändern können (NCCN, 2017). Dabei ist es notwendig, dass der Betroffene die subjektiven Belastungen als überfordernd und nicht kontrollierbar erlebt (Schwarz & Singer, 2008).

Der Begriff Distress wurde für erkrankungsspezifische Belastungen gewählt, da keine Verbindung zu psychischen Erkrankungen und pathologischen Begrifflichkeiten entstehen sollte, um die Compliance von Befragten bei Belastungsscreenings zu erhöhen (Holland & Bultz, 2007). Auch wenn nicht davon ausgegangen werden darf, dass ein hohes Maß an krebspezifischem Distress zwangsläufig zu einer pathologischen psychischen Erkrankung führt, hat hoher Distress einen maßgeblichen Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden der Erkrankten (Brennan, 2001). Symptome von Angsterkrankungen und depressive Symptomatik zeigen kleine bis mittlere Zusammenhänge zu Distress (Compass et al., 1994). Auf der kognitiven Ebene zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen erlebtem Distress und funktionalen Bewertungsmustern des Patienten, die trotz ähnlicher sozialer, demografischer und krankheitsspezifischer Merkmale der Befragten Unterschiede im Ausmaß des Distress aufzeigen (Taylor, 1983).

Bultz und Carlson (2006) fordern, dass psychologischer Distress als grundlegender Marker für das Wohlbefinden im Zusammenhang mit einer onkologischen Erkrankung gelten soll. Sie beschreiben Distress als relevantes Vitalzeichen, welches neben Körpertemperatur, Atmung, Herzschlag, Blutdruck und Schmerzen als Kernindikator für die Gesundheit und das Wohlbefinden dienen sollte. In wissenschaftlichen Untersuchungen zu psychologischen Auswirkungen von Krebserkrankungen ist der psychologische Distress der hauptsächlich herangezogene Indikator (Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra & Coyne, 2008).

Eine repräsentative Studie (3095 Teilnehmer) von Carlson et al. (2004) fasst zusammen, dass mindestens ein Drittel der Erkrankten ein klinisch relevantes Maß an krebspezifischen Distress aufweisen, wobei die Intensität bei fortschreitender Erkrankung und ungünstiger Prognose steigt (Holland & Bultz, 2007). Eine der größten Studien zum Distress bei Krebspatienten umfasst fast 5.000 Menschen mit verschiedenen Krebserkrankungen und –stadien (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001). Die Prävalenzrate für psychologischen Distress lag in dieser Studie bei 35.1%. Die Prognose und die Einschränkungen durch die Erkrankungen erhöhten den Distress. Bei Erkrankten in palliativer Behandlungssituation weisen laut Gao et al. (2010) 59.3% einen signifikanten Distress auf. Eine Vergleichsstichprobe ohne Krebserkrankung erreicht Werte von 16.5%. Mehnert (2018) untersuchte 3724 deutsche Erkrankte und ermittelte bei 52% hohen Distress. Die häufigsten Belastungen waren Fatigue, Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit. Moncayo und Kollegen (2008) diagnostizierten 400 Patienten einer onkologischen Ambulanz mit Hilfe des SKID-Interviews (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) und berichteten bei 24% der Untersuchten eine psychische Erkrankung nach DSM-IV. Auch Singer und Kollegen (2009)

zeigen in einer Studie an 308 Menschen mit Kehlkopfkrebs, dass circa 20% der Erkrankten nach der Operation eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung aufweisen. Die vorrangigen Diagnosen waren Anpassungsstörungen, gefolgt von Depression sowie Dysthymie und Angststörungen. Posttraumatische Belastungsstörungen sind mit circa 2% gering ausgeprägt.

Herscbach und Dinkel (2014) identifizierten Progredienzangst als hauptsächlichen Auslöser von Distress. Außerdem zeigen sich signifikante Effekte des Alters, Geschlechts, Krankheitsstadiums, Behandlungssettings sowie der Krankheitsdauer und Diagnose auf den krebsspezifischen Distress. Die Arbeitsgruppe um Mehnert (2018) ermittelte die höchsten Distresswerte bei weiblichen Erkrankten, Patient\*innen die älter als 60 Jahre alt sind, Menschen mit gynäkologischen Krebserkrankungen oder Bauchspeicheldrüsenkrebs oder in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien. Ein häufig unterschätzter Faktor bei der Betrachtung des Distress im Verlauf der Erkrankung ist die Interaktion mit den medizinischen Behandler\*innen. Studien zeigen, dass die Wahrnehmung eines Behandlers als empathielos, desinteressiert und unmenschlich den Distress aller Beteiligten signifikant erhöht (Gysels, Richardson & Higginson, 2004; Meggiolaro et al., 201). Arora, Street, Epstein und Butow (2009) bestätigen die Notwendigkeit einer empathischen, ganzheitlichen Betreuung des Erkrankten durch den behandelnden Arzt, da dadurch die Adhärenz des Patienten steigt, er mehr Selbstwirksamkeit erlebt und mit der Behandlung zufriedener ist.

Bei der differenzierten Betrachtung der Tumorlokalisationen zeigt sich, dass Lungenkrebserkrankten mit 45% den höchsten Distress zeigen. Mit 29.6% wiesen Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen die niedrigste Quote auf (Zabora et al., 2001). Dem entgegen steht eine Untersuchung von Herscbach und Dinkel (2014) die angibt, dass in einer diagnoseübergreifenden Stichprobe von 1721 Erkrankten, diejenigen mit Krebs im oberen Gastrointestinaltrakt mit 23.5% gering belastet sind und Frauen mit Brustkrebs mit 40.9% den höchsten krebsspezifischen Distress aufwiesen. Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen erleben signifikant geringeren Distress, wenn sie aktiv in die Behandlungsentscheidungen eingreifen können (Hack, Degner & Dyck, 1994) und eine funktionalere Krankheitsverarbeitung, wenn sie die Möglichkeit haben, ihre Emotionen und Gedanken bzgl. der Erkrankung in der Behandlung auszudrücken (Stanton et al., 2000). Chida, Hamer, Wardle und Steptoe (2008) postulierten in einer Metaanalyse mit 165 Studien, dass hoher psychosozialer Distress mit einer höheren Inzidenzrate von Krebserkrankungen in gesunden Stichproben und einer geringeren Überlebensrate bei erkrankten Stichproben



zusammenhängen kann und bilden damit eine Verknüpfung von Psychoonkologie und Psychoneuroimmunologie.

Die Psychoneuroimmunologie besagt im Hinblick auf onkologische Erkrankungen unter anderem, dass bei akutem Stress die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und das sympathische Nervensystem eines Menschen aktiviert werden. Kurzfristig ist diese Aktivierung funktional und steigert Belastbarkeit und die Funktion des Immunsystems der Person (Moynihan, 2003). Das Vorhandensein von multiplen oder chronischen Stressoren ohne ausreichende Regenerationsphasen kann jedoch das Risiko einer Tumorerkrankung steigern. Das NCCN Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006) stellt eine umfassend validierte, ökonomische Form der Distress-Messung dar. Castelli et al. (2015) zeigen in einer Studie an Erkrankten mit verschiedenen Krebsdiagnosen mit Hilfe einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET), dass der Score des Distress-Thermometers mit der Aktivität in Hirnarealen, die typischerweise bei Stress stark arbeiten, korreliert. Je höher der Score des Distress-Thermometers, desto höher war der Metabolismus bspw. im Hypothalamus, der an der hirnorganischen Komponente der Stressentstehung beteiligt ist. Zu beachten ist hierbei das Konzept der Allostase. Die Allostase beschreibt ein differenzierteres adaptives Prinzip der Homöostase, in der der Organismus durch zunächst effektive psychologische und physiologische Anpassungsprozesse seine Stabilität aufrechterhält, wenn er mit Stressoren konfrontiert ist (Bevas & Sternberg, 2012; McEwen & Stellar, 1993; Sterling & Eyer, 1988). Eine dauerhafte allostatistische Aktivierung (allostatistische Last) führt zu chronischen physiologischen Veränderungen in verschiedenen Organsystemen. Eine langfristige allostatistische Last kann Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des endokrinen Systems und Stoffwechsels fördern (Schulz & Beach, 1999). Armaiz-Pena, Lutgendorf, Cole und Sood (2009) diskutieren, dass allostatistische Last das Tumorwachstum bei Erkrankten beschleunigen könnte. Im Vergleich zu einer Stichprobe ohne Pflegebelastung, zeigen unterstützende Partner\*innen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychologische und physiologische Belastungen, die zu einem reduzierten Immunsystem und einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankungen führen können (Gouin, Hantsoo & Kiecolt-Glaser, 2008; Lee et al., 2003). Zudem zeigen sich Auswirkungen der allostatistischen Last auf den Hippocampus, der wiederum eng mit der Entstehung von Depressionen verknüpft ist (Krishnan & Nestler, 2008). Kiecolt-Glaser et al. (1993) berichten einen signifikanten Zusammenhang zwischen negativer oder feindseliger Interaktion zwischen Partnern und reduziertem Immunsystem, besonders bei weiblichen Partnern. Aizer und Kollegen (2013) zeigen auf, dass verheiratete im Gegensatz zu unverheirateten Erkrankten ein 17% geringeres

Risiko für die Bildung von Metastasen hatten, 53% häufiger die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen in Anspruch nahmen und 20% seltener an der Erkrankung starben. Adaptive Copingstrategien und Maßnahmen aus Konzepten positiver Psychologie wie bspw. posttraumatisches Wachstum und Sinnfindung können bei Brustkrebspatientinnen z.B. das Cortisol-Level und damit das Ausmaß chronischen Stresses signifikant senken (Cruess et al., 2000; Glanz & Schwartz, 2008; McGregor et al., 2004). Die Zusammenhänge zwischen psychologischem Distress und physiologischen Kennzahlen sollte jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Beispielsweise untersuchten Tross et al. (1996) den Zusammenhang zwischen psychologischen Faktoren und dem Erkrankungsverlauf von Patienten in einer RCT-Längsschnittstudie über einen Zeitraum von 15 Jahren. Es zeigten sich keine prädiktiven Effekte vom Ausmaß des Distress auf die Erkrankung.

Zur Einordnung der psychosozialen Stressbelastung bei Krebs wird in der Literatur vielfach das Stressmodell von Lazarus & Folkman (1984) herangezogen (Bigatti, Wagner, Lydon-Lam, Steiner & Miller, 2011; Hulbert-Williams, Morrison, Wilkinson & Neal 2013; Johansen, Sørensen, Høeg, Bidstruo & Dalton, 2017; Laubmeier, Zakowski & Bair, 2004; Lee & Roberts, 2018). Das Transaktionale Modell von Stress und Coping beschreibt die Reaktion auf einen externen Stressor als Zusammenspiel aus der individuellen Bewertung des Stressors durch die gestresste Person und ihrer psychologischen, sozialen und kulturellen Ressourcen zur Bearbeitung des Stressors (siehe Abbildung 1). Ist eine Person mit einem Stressor konfrontiert, schätzt sie sowohl die potentielle Gefahr, die vom Stressor ausgeht (primäre Bewertung) als auch die ihr aktuell zur Verfügung stehenden Strategien zu dessen Bewältigung (sekundäre Bewertung) ein. Anhand dieser Einschätzung wählt die Person möglichst passende Copingstrategien. Der Erfolg bzw. Misserfolg der Strategien ruft daraufhin eine unterschiedlich geartete Reaktion hervor (Bewältigung). Diese Reaktion kann zum Beispiel psychischer Natur, in Form von Emotionen oder Gedanken oder behavioral in Form von Verhaltensweisen sein. Anschließend kann eine Neubewertung des Stressors anhand der aktuellen Erfahrungen damit erfolgen.

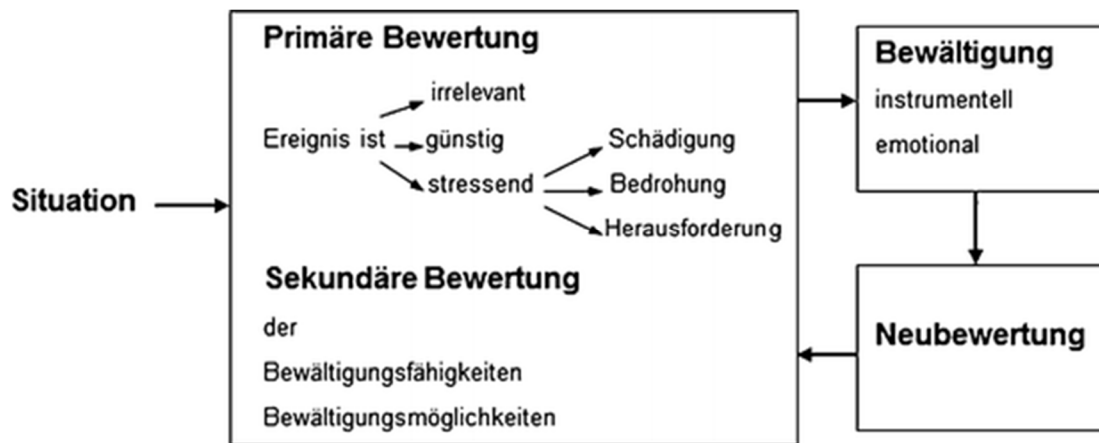


Abbildung 1. transaktionales Stressmodell nach Lazarus. (Zapf & Semmer, 2004). S. 1020.  
Copyright 2004 bei Hogrefe. Wiedergabe mit Genehmigung.

**2.3.2 Coping.** Coping beschreibt eine individuelle Anpassung der eigenen Bewältigungsstrategien an einen Stressor in Form einer Balance zwischen situationsangemessener, partieller Übertragung von Verantwortung auf andere und selbstständiger, aktiver Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation und dem daraus resultierendem Distress (Schwarz & Singer, 2008). Der Prozess der Krankheitsverarbeitung wird häufig mit dem Begriff Coping (englisch: *to cope with* = bewältigen, überwinden) in Verbindung gebracht (Litzelman, Kent & Rowland, 2018).

Der Zusammenhang zwischen Distress und Copingstrategien wurde in der psychoonkologischen Forschung vielfach untersucht. Maladaptive Copingstrategien sind signifikant mit höherem Distress (Baider & Kaplan De-Nour, 1997) und geringerer Lebensqualität (Trask et al., 2001) verknüpft. Die Anwendung adaptiver Strategien zeigt in verschiedenen Studien einen positiven Effekt auf das emotionale Wohlbefinden, die Funktionsfähigkeit und das Gesundheitsverhalten der Person (Glanz & Schwartz, 2008).

Lazarus und Folkman (1984) differenzieren Copingstrategien in problemlösende und emotionsregulierende Strategien. Problemlösende Strategien sind dann effektiv, wenn Stressoren veränderbar sind und aktive Verhaltensweisen (z.B. Informationssuche) Auswirkungen auf den Stressor haben. Emotionsregulierende Strategien sind einzusetzen, wenn Stressoren unveränderbar sind und das Ziel verfolgt wird, Kognitionen und Emotionen in Bezug auf den Stressor zu verändern. Die Bewertung des Stressors hat einen zentralen Einfluss auf die Wahl der Copingstrategie. Kontrollierbaren Stressoren wird mit Selbstwirksamkeit und adaptiven Strategien begegnet. Dazu gehört aktives Problemlösen, Informationssuche, Sinnfindung oder die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung. Wird der Stressor als unkontrollierbar und hochbedrohlich wahrgenommen, ist die Anwendung maladaptiver

kognitiver und behavioraler Vermeidungs- und Verdrängungsstrategien wahrscheinlicher (Carver et al., 1993). Diese Strategien führen zur Distanzierung vom Stressor und kurzfristig zur Reduktion des wahrgenommenen Distress im Individuum. Langfristig begünstigen sie die Entstehung intrusiver Gedanken und blockieren die Entwicklung und Inanspruchnahme adaptiver Copingstrategien (Glanz & Schwartz, 2008).

Die Verwendung einzelner situationsspezifischer Copingstrategien eines Individuums lässt Rückschlüsse auf übergeordnete Coping-Stile der Person zu. Coping-Stile sind konzeptualisiert als stabile, überdauernde Verhaltens- und Denkmuster, die eine wiederkehrende ähnliche Interpretation und Reaktion auf Stressoren beinhalten (Lazarus, 1993). Auf der adaptiven Seite finden sich Copingstile wie „*Optimismus*“, „*Informationssuche*“ oder „*soziale Unterstützung*“. „*Optimismus*“ stellt dabei den am weitesten verbreiteten Coping-Stil dar und beinhaltet die Tendenz eher positive als negativer Ausgänge einer Situation zu antizipieren. Es zeigen sich direkte positive Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung und die Lebensqualität bei Individuen mit hohem Optimismus (Carver et al., 1993). „*Informationssuche*“ ist ein Coping-Stil, der dazu beiträgt Unsicherheit zu reduzieren und somit Selbstwirksamkeit zu erlangen und problemlösende Copingstrategien zu nutzen (Glanz & Schwartz, 2008). Krebserkrankte und deren Angehörige neigen vermehrt dazu, Informationen und Unterstützung im Internet zu suchen (Glanz & Schwartz, 2008). Rimer und Glanz (2005) befragten 293 Abonnenten von krebsspezifischen Mailinglisten zu deren Intention, das Internet zu nutzen. Sie berichten, dass der häufigste Grund die Informationssuche (62%) war, gefolgt von der Suche nach Unterstützung (42%) und dem Bedürfnis anderen zu helfen (37%).

Ob „*Informationssuche*“ im onkologischen Setting adaptiv oder maladaptiv ist, wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Einerseits wird postuliert, dass das aktive Suchen nach Informationen Distress reduziert und günstiges Krankheitsverhalten steigert (van Zuuren, Grypdonck, Crevits, Walle & Defloor, 2006), andererseits zeigen Studien, dass intensive Informationsrecherche die subjektiv wahrgenommene Bedrohlichkeit der Erkrankung steigern und damit Distress erhöhen kann (Andrykowski et al., 2002). Der Copingstil „*Soziale Unterstützung*“ umfasst sowohl quantitativ messbare Werte wie die Anzahl von Freundschaften, als auch die qualitative Tiefe von Kontakten, Gesprächen oder das Gefühl der Verbundenheit (Glanz & Schwartz, 2008). Die positive Wirkung von sozialer Unterstützung im onkologischen Kontext tritt auf mehreren Ebenen auf und scheint relevanter zu werden, wenn ein Individuum mit einem bedrohlichen Stressor konfrontiert ist (Baucom et al., 2006; Holmes

& Kawachi, 2006; Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Scott & Kayser, 2009; Manne et al., 2007).

**2.3.3 Positive psychologische Aspekte der Krebserkrankung.** Eine Krebserkrankung erzeugt in den meisten Fällen Distress, ist jedoch auch in der Lage positive Outcomes als Resultat der Krankheitsbewältigung zu erzeugen (Andrykowski et al., 2002). Die Betrachtung des Distress im Rahmen einer Krebserkrankung ist zentral, um die facettenreichen Belastungen quantifizieren zu können und adäquate Interventionen zu entwickeln. Jedoch sollten dabei ebenfalls positive psychologische Outcomes, Copingstrategien und Persönlichkeitseigenschaften untersucht werden, da hier bereits vorhandene und hilfreiche Ressourcen aktuell Erkrankter und ihrer Angehörigen zu finden sind.

Der Forschungsbereich der positiven Psychologie untersucht, wie Individuen adaptive und funktionale Verhaltens- und Denkweisen entwickeln und auch unter hoher Belastung aufrechterhalten (Glanz & Schwartz, 2008). Antonovsky und Sourani (1988) erklären, dass Individuen, die gesundheitsfördernd an internale und externale Stressoren adaptieren, eine hohe Resilienz, differenzierte Ressourcen und einen Kohärenzsinn bzgl. ihres Lebens besitzen, der es ihnen erlaubt, ihre Umwelt als vorhersagbar und beeinflussbar zu erleben. Chida und Kollegen (2008) analysierten 28 Studien im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und der Sterblichkeitsrate bei Erkrankten. Die Metaanalyse ergab diesbezüglich einen signifikanten Zusammenhang und beschrieb Merkmale wie Lebenszufriedenheit, Optimismus und Humor als Schutzfaktoren.

Kobasa (1979) beschreibt in diesem Zusammenhang das Konzept „*Hardiness*“, dass durch das Vorhandensein einer hohen Selbstverpflichtung, eines starken Kontroll- und Sinnerleben und einer lebensbejahenden Persönlichkeit definiert wird (Kaluza, 2011). In der aktuellen Forschung wird die Antizipation positiver Ergebnisse auch in stressvollen Lebensphasen und der Glaube an einen Sinn im Leben als Grundlage der positiven Psychologie angesehen (Glanz & Schwartz, 2008). Stabile Persönlichkeitseigenschaften werden als Auslöser funktionaler, hilfreicher Outcomes aus Situationen mit hohem Distress beschrieben. Im onkologischen Kontext existieren darüber hinaus situationsspezifische Strategien, die der positiven Psychologie zuzuordnen sind. Hier ist besonders das „*Benefit finding*“ als hilfreiche Strategie hervorzuheben, die das Erkennen positiver Auswirkungen und Merkmalen aus belastenden Lebenssituationen beschreibt (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006). Studien zeigen, dass „*Benefit finding*“ signifikant mit der Nutzung adaptiver Copingstrategien und funktionalen kognitiven Neubewertungsprozessen korreliert (Kinsinger et al., 2006; Lechner,

Carver, Antoni, Weaver & Phillips, 2006). In einer Studie an 60 Brustkrebspatientinnen wurden Aspekte positiver Psychologie eruiert und von der Forschergruppe wurde bilanziert, dass kognitive Methoden wie das funktionale Reframing, psychische und subjektiv wahrgenommene physische Gesundheit voraussagen und das posttraumatische Wachstum steigern (Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003). Partner\*innen mit einem ausreichenden Maß an Selbstwirksamkeit und Hardiness erleben mehr Lebenszufriedenheit und haben somit eine bessere Chance auf posttraumatisches Wachstum (Senneseth, Hauken, Matthiesen, Gjestad & Laberg, 2017).

Posttraumatisches Wachstum kennzeichnet die Wahrnehmung tiefgreifender positiver Veränderungen nach einer existentiellen Krise oder kritischem Lebensereignis. Dabei stehen positive, funktionale Veränderungen in der Beschreibung der eigenen Identität, in zwischenmenschlichen Beziehungen und der subjektiven Wahrnehmung des Lebens sowie des Lebenssinns im Vordergrund (Calhoun & Tedeschi, 2014). Personen, die posttraumatisches Wachstum erlebt haben, berichten von einer tieferen Wertschätzung sozialer Kontakte und zwischenmenschlicher Beziehungen. Sie beschreiben eine Erhöhung des Selbstwertes und eine positive Neubewertung der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen. Außerdem geben sie eine verstärkte Wertschätzung der „kleinen Dinge“, eine Verschiebung des Fokus vom Leistungsgedanken auf persönliches Wohlbefinden und eine verstärkte Auseinandersetzung mit spirituellen Themen an (Cormio et al., 2014). Verschiedene Studien postulieren, dass die Chance auf das Erleben posttraumatischen Wachstums dann besonders hoch ist, wenn der vorausgegangene Distress sehr intensiv erlebt wurde. Dadurch entsteht die Möglichkeit für ein posttraumatisches Reframing, das die negative Erfahrung in ein Muster aus funktionaler Sinnfindung einbettet (Calhoun & Tedeschi, 2014; Kim, Carver, Schulz, Lucette & Cannady, 2013). Untersuchungen weisen darauf hin, dass neben persönlichkeits- und ereignisbezogenen Faktoren, soziale Faktoren bei der Entwicklung und Förderung von posttraumatischem Wachstum eine entscheidende Rolle spielen. Dabei stellt die soziale partnerschaftliche Unterstützung einen Kernaspekt dar. Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein und Buchi (2010) postulieren, dass die partnerschaftliche Bindung eine größere Auswirkung auf das Erleben posttraumatischen Wachstums hat als soziodemografische Faktoren wie das Geschlecht der Befragten oder deren Status als Patient\*in oder Partner\*in. Diese These unterstützen sie durch eine Regressionsanalyse in der das Hinzufügen des Faktors „Partnerschaft“ (zu den Faktoren „Geschlecht“ und „Rolle“) die erklärte Varianz um 15-45% erhöhte. In einer prospektiven Studie an 282 Paaren mit Brustkrebs berichten 42% der Paare ein Jahr nach Diagnosestellung, die Erkrankung hätte die Partnerschaft gestärkt (Dorval et al., 2005). Bei nur 6% der befragten

Paare hat mindestens ein Partner\*in angegeben, die Erkrankung habe zu einer verringerten Partnerschaftszufriedenheit geführt und bei 1% der Befragten haben beide Partner eine geringere Partnerschaftszufriedenheit angegeben. Die Studie beinhaltete drei Messzeitpunkte, in denen die Paare bezüglich ihrer aktuellen Partnerschaftsqualität interviewt wurden. Mithilfe einer Varianzanalyse wurden Merkmale ermittelt, die die Erhöhung der Partnerschaftsqualität nach einem Jahr vorhersagen. Signifikante Prädiktoren waren die Begleitung von Patient\*innen zu Untersuchungen und Arztterminen, gegenseitige Ermutigung zu funktionalem Coping, die Wahrnehmung von Partner\*innen als engste Vertraute und das Erleben gegenseitiger Zuwendung und Nähe. Es scheint also, dass eine reziproke Unterstützung grundlegend für partnerschaftliche Zufriedenheit und funktionale Krankheitsbewältigung ist und dadurch das posttraumatische Wachstum von Patient\*in und Partner\*in nach einer Krebserkrankung fördert (Cormio et al., 2014). In Bezug auf die Bindungstheorie von Bowlby (1969) zeigen Avila, Brandao, Coimbra, Lopez und Matos (2017), dass ein sicher gebundenes Beziehungsverhalten einen signifikanten Zusammenhang zu posttraumatischem Wachstum aufweist. Dabei stellt sich heraus, dass die gemeinsame partnerschaftliche Bindung, die sich durch Sicherheit und Verlässlichkeit auszeichnet, die funktionale Bewältigung der Erkrankung fördert, egal ob das untersuchte Individuum Patient\*in oder Partner\*in ist. Die partnerschaftliche Bindung und Unterstützung haben einen stärkeren Einfluss auf das posttraumatische Wachstum als individuelle Copingstrategien. Es lässt sich schlussfolgern, dass eine unterstützende partnerschaftliche Bindung die Copingfähigkeiten sowohl von dem/der Patient\*in als auch des/der Partner\*in signifikant erhöht und die Grundlage für posttraumatisches Wachstum bietet. Jedoch ist anzumerken, dass funktionale soziale Unterstützung nicht zwangsläufig posttraumatisches Wachstum nach sich zieht (Avila et al., 2017).

Zwar scheint in der Literatur das posttraumatische Wachstum von Erkrankten stets höher zu sein als das der Partner\*innen (Manne & Badr, 2008; Zwahlen et al., 2010), dennoch weisen Studien darauf hin, dass hohes posttraumatisches Wachstum der Patient\*innen ein signifikanter Prädiktor für das posttraumatische Wachstum der Partner\*innen ist (Weiss, 2004). Die Autoren vermuten darauf aufbauend, dass eine Übertragung des Wachstums in der Dyade stattfinden kann. Cormio et al. (2014) berichten, dass Partner\*innen von Krebserkrankten posttraumatisches Wachstum als Resultat ihrer Rolle als Unterstützer\*in erleben. Die damit gewonnene Selbstwirksamkeit und Aktivierung von Stressbewältigungs- und Problemlösefertigkeiten und deren Adaptation an die aktuelle Situation fördert das Wachstum von Partner\*innen, obwohl sie nicht direkt von der Erkrankung betroffen sind.

Partner\*innen von Patient\*innen, die vor mehr als 5 Jahren erkrankt sind, zeigen höhere Werte im posttraumatischen Wachstum als diejenigen, deren Erkrankung weniger als ein Jahr zurückliegt (Cormio et al., 2014). Demgegenüber stehen die Studienergebnisse von Weiss (2004), die besagen, dass die Zeit seit der Diagnose eine signifikant negative Korrelation mit dem posttraumatischen Wachstum von Partner\*innen aufweist. Kim und Kollegen (2013) haben Prädiktoren für die Sinnfindung und das posttraumatische Wachstum bei pflegenden Partner\*innen untersucht, nachdem der/die Patient\*in an der Erkrankung verstorben ist. Die Wahrnehmung der Pflege als Distress, soziale Unterstützung nach dem Tod und die Zeit seit dem Tod haben einen signifikanten Einfluss auf das Erleben posttraumatischen Wachstums von Partner\*innen. Bezüglich der Zeitkomponente zeigt sich, dass die Realisierung des Verlusts sich mit der Zeit weiterentwickelt (Bonanno, 2004). Ebenso entwickelt sich die Sinnfindung bzgl. des Todes des Erkrankten im Zeitverlauf. Parkes und Weiss (1983) geben an, dass 2-4 Jahre später 61% der plötzlich und 29% der „vorgewarnten“ verwitweten Partner\*innen den Tod des/der Patient\*in weiterhin hinterfragen und einen Sinn darin suchen. Diejenigen, die nach Sinnfindung streben, tun dies bereits kurz nach dem Versterben und die Intention, einen Sinn im Verlust zu finden, sinkt im Zeitverlauf. Beispielsweise zeigen Studienergebnisse, dass die Suche nach dem Sinn zwischen dem 18. und 48. Monat nach dem Verlust stetig absinkt (Boerner & Schulz, 2009). Partner\*innen, die posttraumatisches Wachstum und Sinnfindung erlebt haben, bzw. diese, die keine Sinnfindung, sondern Akzeptanz des Todes erreicht haben, weisen die geringsten Distresswerte auf (Kim et al., 2013).

## **2.4 Krebs und Partnerschaft**

Der Einfluss einer Krebserkrankung auf das Familiensystem wird in der psychoonkologischen Forschung differenziert untersucht. Erkrankte stehen vor der Aufgabe mit den körperlichen, emotionalen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung zurechtzukommen, wohingegen Angehörige mit der Angst vor dem Verlust eines geliebten Menschen, Hilflosigkeit bei der Unterstützung und Überforderung durch die Übernahme der Verpflichtungen des Betroffenen und ggf. Pflege desselben konfrontiert. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium muss das Paar sich mit bleibender körperlicher Einschränkung durch die Erkrankung, der Notwendigkeit von Pflegemaßnahmen oder einer limitierten Lebenszeit auseinandersetzen. Die gemeinsame Lebensplanung muss verändert und die partnerschaftliche Identität angepasst werden. Übersteht der Patient die Erkrankung, steht das Paar vor der Herausforderung, die vorherige Normalität in Alltag und Partnerschaft wiederaufzubauen und dabei die Veränderungen, die die Erkrankung brachte, zu integrieren (Manne & Badr, 2008).



Die Prävalenzrate für psychische Erkrankungen bei Krebspatienten liegt zwischen 5-50%, für eine depressive Symptomatik zwischen 0-46% und für Angsterkrankungen zwischen 1-49% (Derogatis et al., 1983; Härter et al., 2001; Sellick & Crooks, 1999; van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997). Je näher die Bezugsperson dem/der Erkrankten steht, zum Beispiel als Lebenspartner\*in, desto intensiver ist der Einfluss der Erkrankung auch auf sie. Verschiedene Studien geben an, dass je stärker bspw. depressive Symptome bei Erkrankten sind, desto stärker sind diese auch bei Partner\*innen (Kurtz, Kurtz, Given & Given, 1995). Die Erkrankung erhöht den Distress in der Partnerschaft und verändert Kommunikationsmuster, Copingstrategien, partnerschaftliche Rollenvorstellungen, Intimität und gemeinsame Lebenspläne (Dorval et al., 2005). Paare berichten von sehr unterschiedlichen individuellen und partnerschaftlichen Copingstrategien mit teils sehr positiven, teils sehr negativen Auswirkungen auf den subjektiven Distress, die Krankheitsverarbeitung und die Partnerschaftszufriedenheit (Kim, Schulz & Carver, 2007; Nijboer, Triemsta, Tempelaar, Sanderman & van den Bos, 1999; Zimmermann, 2019).

**2.4.1 Partnerschaftlicher Distress, Krankheitsverarbeitung und dyadisches Coping bei Krebs.** Compass et al. (1994) beschreiben die Krebserkrankung als Stressor, der gleichermaßen auf das Paar wirkt. Die Verarbeitung der Auswirkungen der Erkrankung kann demnach als eine Aufgabe der Dyade gesehen werden, wobei individuelle Unterschiede der Anforderungen an die Partner\*innen zu beachten sind (Manne & Badr, 2008). Dabei sollte bedacht werden, dass die Erkrankung die etablierten Rollen des Paares und innerhalb der Familie massiv verändert, was zu deutlicher Irritation führen kann (Manne & Badr, 2010).

Eine häufig genutzte Kategorisierung krebsspezifischer Stressoren für Paare wurde von Kayser und Scott (2008) entwickelt. Sie unterscheiden vier Belastungsbereiche, die sich in medizinische, emotionale, soziale und existentielle Stressoren aufgliedern. Zu den medizinischen Stressoren gehören unter anderem die Interaktion mit medizinischem Personal, der Ablauf der Behandlung, Belastungen durch Wartezeiten und der Umgang mit Nebenwirkungen und körperlichen Veränderungen des Erkrankten. Unter dem Begriff emotionale Stressoren werden alle psychischen Symptome und Syndrome, intensive negative Gefühle, Erschöpfung und Schlafstörungen zusammengefasst. Soziale Stressoren beinhalten den Umgang mit dem sozialen Umfeld, den Alltagsverpflichtungen und -terminen und partnerschaftliche Aspekte wie Kommunikation und Sexualität. Existentielle Stressoren umfassen die Angst vor der Erkrankung und deren Progress sowie Veränderungen im Lebensplan und den Zukunftsaussichten.

Anhand des Circumplex-Family-Model von Olson, Russel und Sprenkle (1983) wird familiärer Distress während einer Krebserkrankung beschrieben. Kohäsion und Adaptation sind die hauptsächlichen Einflussfaktoren auf die Reaktion der Familie auf einen Stressor. Kohäsion bezeichnet hierbei die emotionale familiäre Bindung. Hohe Kohäsion führt zu einer Überidentifikation mit dem erkrankten Familienmitglied und verstärkt den familiären Distress. Eine geringe Kohäsion führt häufig zu familiären Konflikten und steigert dadurch den Distress ebenfalls. Ein mittleres Maß von Kohäsion wird als funktional angesehen. Adaptation beschreibt die Fähigkeit eines Systems, sich an neue, herausfordernde Gegebenheiten flexibel anzupassen, ohne seine grundsätzliche Struktur zu verlieren. Auch hier bedeutet ein mittleres Niveau an familiärer Adaptation eine funktionale Auswirkung auf den familiären Distress, wohingegen die Extreme, ein sehr rigides bzw. ein sehr chaotisches System, den Distress erhöhen (Baider & Kaplan De-Nour, 1997).

Schulz, Schulz, Schulz und von Kerekjarto (1996) überprüften das Modell an 97 Krebserkrankten und 162 Angehörigen. Sie zeigten, dass eine funktionale Adaptation des Familiensystems auf die Erkrankung für die Angehörigen einen geringeren Distress bewirkt, wohingegen für Patient\*innen das Maß an Kohäsion ausschlaggebend für die Regulation des Distress ist. Nach Diagnosestellung ist zunächst eine starke Kohäsion und hohe Partnerschaftszufriedenheit bei Paaren zu beobachten, wobei diese im Verlauf des langen Behandlungszeitraumes sinkt (Chambers et al., 2013).

Paare beeinflussen die Krankheitsverarbeitung des jeweils anderen durch ihre Copingstrategien und ihre gegenseitigen Unterstützungsangebote sowohl in negative als auch in positive Richtung. Eine hohe Partnerschaftszufriedenheit reduziert die körperlichen Auswirkungen der Erkrankung auf Patient\*innen und schützt Partner\*innen vor hohem Distress (Fang, Manne & Pape, 2001). Die Literatur berichtet vielfach von Übertragungsprozessen depressiver Symptomatik und Distress in der Partnerschaft. Weisen Partner\*innen klinisch auffällige Symptome einer psychiatrischen Erkrankung auf, hat das Gegenüber ein 7.9fach erhöhtes Risiko ebenfalls eine psychische Störung zu entwickeln (Bambauer et al., 2006; Knoll, Schwarzer, Pfüller & Kienle, 2009; Pitceathly & Maguire, 2003). Zudem verdeutlichen Kim, Carver, Deci und Kasser (2008), dass der psychologische Distress von Partner\*innen ein signifikanter Prädiktor für Distress und verminderte Lebensqualität beim Gegenüber ist. Hagedoorn und Kollegen (2008) ermittelten in einer umfassenden Meta-Analyse zum Distress bei Paaren mit Krebs eine moderate Korrelation ( $r=.29$ ) zwischen dem Distress von Erkrankten und Partner\*innen. Sie postulieren einen leicht überdurchschnittlichen partnerschaftlichen Distress gegenüber Paaren ohne Krebs. Dieser Zusammenhang wird laut Tower & Kasl (1996)

durch die Partnerschaftsqualität, die emotionale Bindung und die gegenseitige Empathie moderiert. Auch wenn sich der individuelle erkrankungsbezogene Distress im Behandlungsverlauf häufig reduziert, bleibt der partnerschaftliche Distress meist langfristig bestehen und senkt die Partnerschaftsqualität drastisch (Arora et al., 2001).

In diesem Zusammenhang haben funktionale dyadische Copingstrategien einen protektiven Einfluss auf den erlebten Distress (Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli & Revenson, 2010). Dyadisches Coping wird als funktionaler reziproker Verarbeitungsprozess mit wechselseitigen Effekten auf das Paar in der Reaktion auf den Stressor Krebs beschrieben. Soziale Unterstützung stellt ein Kernelement des dyadischen Copings dar, kann dieses Konzept jedoch nicht vollständig erklären. Im dyadischen Coping werden die ausgelösten Gefühle in der Dyade übertragen und gemeinsam bearbeitet, um das psychische Wohlbefinden des Einzelnen zu erhalten und die beidseitige Partnerschaftsqualität zu steigern (Avila et al., 2016; Badr et al., 2010). Die Art und Weise funktionaler partnerschaftlicher Unterstützung ist sehr unterschiedlich. Sie reicht von emotionaler Unterstützung durch Gespräche, Zuspruch und Validierung der Emotionen bis zu praktischen Maßnahmen wie der Begleitung zu Arztterminen oder der Informationsrecherche. Formen der emotionalen Unterstützung werden vom Erkrankten am angenehmsten erlebt (Blanchard, Albrecht, Ruckdeschel, Grant & Hemmick, 1995). Außerdem zeigt sich, dass die Partnerschaftsdauer und das subjektive partnerschaftliche Commitment einen protektiven Einfluss auf die Entwicklung depressiver Symptome von Partner\*innen haben (Lewis, Fletcher, Cochrane & Fann, 2008; Siegel et al., 1991). Badr, Acitelli und Carmack-Taylor (2007) berichten, dass eine hohe Paaridentität die negativen Effekte der Unterstützerfunktion minimiert und das psychische Wohlbefinden von Partner\*innen stärkt.

Für die Beschreibung komplexer dyadischer Copingprozesse lässt sich das systemisch-transaktionale Modell von Bodenmann (1997) heranziehen. Es besagt, dass Paare, die mit einem Stressor konfrontiert sind, sowohl individuell als auch gemeinsam darauf reagieren. Die individuelle Stressbewertung setzt sich aus den Erfahrungen, Bedürfnissen und Fertigkeiten der einzelnen Person zusammen. Daraus resultiert ein Prozess, in dem das Paar den individuellen Stress mit der Absicht kommuniziert, soziale Unterstützung und emotionales Feedback zu erhalten. Das Gegenüber hat in diesem Moment die Möglichkeit, sich unterstützend oder abweisend zu verhalten. Unterstützende Verhaltensweisen inkludieren Ratschläge, praktische Unterstützung, Empathie- und Solidaritätsbekundungen sowie Unterstützungen bei kognitiver Umstrukturierung und Reframing. Abweisendes Verhalten macht sich durch die Demonstration von Desinteresse, Kritik, Distanz, und dysfunktionaler Kommunikation bemerkbar. Das

Ausmaß des gemeinsamen Copings entscheidet über die funktionale Zusammenarbeit bei der Bewältigung des gemeinsamen Stressors (Badr et al., 2010). Untersuchungen zeigen, dass ausgeprägtes dyadisches Coping die gemeinsame Krankheitsverarbeitung eines Paares signifikant steigern kann, wohingegen dysfunktionale Copingstrategien bei beiden Partnern den Distress erhöhen (Badr et al., 2010).

Paare berichten von sehr unterschiedlichen Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerschaftszufriedenheit. Sie sprechen einerseits von einer stärkeren Nähe und größeren Vertrautheit, andererseits von Kommunikationsschwierigkeiten, häufigen Konflikten und dem Verlust der Intimität (Badr et al., 2010). Neben vielen anderen Stressoren kann die Veränderung der partnerschaftlichen Sexualität eine große Belastung für betroffene Paare darstellen (Anderson et al., 2000). Die belastenden Aspekte sind hierbei vielfältig, sowohl physiologisch (Mastektomie, fehlende Lubrikation bei Hormonbehandlung, Impotenz, Inkontinenz und Penisrückbildung bei Prostatakrebs etc.) als auch emotional (Körperbildveränderungen bei Brustkrebs, Unsicherheit, Veränderung der Rolle von Sexualität) und verändern partnerschaftliche Intimität immens (Fobair et al., 2006; Paterson, Lengacher, Donovan, Kip & Tofthagen, 2016; Perndorfer et al., 2019; Zimmermann & Heinrichs, 2011; Zimmermann, 2019). Badr et al. (2010) verdeutlichen, dass besonders Paare mit Krebserkrankungen die einen starken Einfluss auf die Sexualität haben (Prostatakrebs und Brustkrebs) selten über die Veränderungen in der Sexualität sprechen, obwohl sie stark belastet sind. Wellisch und Kollegen (1989) zeigen auf, dass Männer ihr Sexualleben mit der erkrankten Partnerin nach einer Mastektomie deutlich negativer einschätzen und mehr Unsicherheiten und Selbstabwertungen berichten. Zahlis und Shands (1991) veröffentlichen ein aussagekräftiges Zitat eines an einer Studie mit Brustkrebspatientinnen teilnehmenden Partners, der sagt: „The most difficult part was just accepting the fact that her breast had to be removed. To know that something you truly enjoyed for these years was no longer going to be there . . .” (S. 85). Die Autoren beleuchten damit die Relevanz der Auseinandersetzung mit den zwangsläufigen Veränderungen in der partnerschaftlichen Sexualität. Hautamäki-Lamminen et al. (2013) postulieren ein großes Bedürfnis betroffener Paare, Informationen und Hilfen bei sexuellen Veränderungen im Rahmen der Krebserkrankung zu bekommen. Dies beinhaltet eine gründliche Aufklärung über physiologische Veränderung nach der Erkrankung und Behandlung und psychologische Unterstützung, um die Veränderungen in der partnerschaftlichen Sexualität funktional zu verarbeiten (Landmark, Bohler, Loberg & Wahl, 2008). Offene, qualitativ hochwertige Aufklärung im Bereich der Sexualität kann irrationale Befürchtungen und Ängste der Paare deutlich senken, das Paar darin

unterstützen offen über ihre Sexualität zu sprechen und Alternativen zu erarbeiten. Dadurch wird eine Steigerung der Partnerschafts- und Lebensqualität erreicht (Vogel, Leonhart & Helmes, 2009). Patient\*innen berichten das Bedürfnis, Informationsgespräche mit medizinischem Fachpersonal bzgl. der Sexualität nach einer Krebserkrankung zu zweit absolvieren zu wollen (Flynn et al., 2012). Studien zeigen, dass Partner\*innen teilweise ein noch höheres Bedürfnis nach Informationsweitergabe bezüglich sexueller Veränderungen haben als Patient\*innen selbst (Rees & Bath, 2000). Die Anwesenheit beider Partner\*innen scheint hilfreich bei der offenen Kommunikation über Sexualität zu sein, die wiederum eine Schlüsselfunktion in der gemeinsamen Bewältigung der veränderten Sexualität des Paares darstellt (Rasmusson & Thome, 2008). Badr und Carmack-Taylor (2009) führen an, dass Paare mit Prostatakrebs vor allem dann eine geringe Partnerschaftszufriedenheit erleben, wenn die Diskussion der sexuellen Veränderungen vermieden wird. Selbst, wenn sich durch eine offene Thematisierung der erektilen Dysfunktion die Sexualität des Paares nicht verbessert, steigt die Partnerschaftszufriedenheit.

In einer randomisiert-kontrollierten Studie die die Wirksamkeit einer partnerschaftlichen Intervention (Seite an Seite – Brustkrebs gemeinsam als Paar bewältigen; Heinrichs & Zimmermann, 2007) bei Paaren mit Brustkrebs untersucht, wird die partnerschaftliche Sexualität explizit im Interventionsablauf behandelt und psychometrisch erfasst. Dabei werden sexuelle Gedanken, sexuelle Erregung, sexuelle Erfahrungen, sexuelles Verlangen und Orgasmus thematisiert. 72 Paare nahmen an der Studie teil, wovon 38 Paare die Seite an Seite Intervention absolvierten. Es zeigt sich, dass Männer ein stärkeres Interesse an Sexualität, eine Zunahme der Häufigkeit der sexuellen Erregung sowie stärkere Partnerschaftszufriedenheit und Zufriedenheit bezüglich der eigenen sexuellen Funktionsfähigkeit berichten. Zudem besteht in der Interventionsgruppe eine stabile Zunahme der Häufigkeit sexueller Aktivitäten im Gegensatz zur Experimentalgruppe, die nur allgemeine Psychoedukation erhielt (Zimmermann & Heinrichs, 2011). Carroll, Baron und Carroll (2016) fassen in einem Review zusammen, dass es kaum auf die Sexualität spezialisierte Interventionen für Krebserkrankte gibt, obwohl die wenigen vorhandenen Studien vermuten lassen, dass Sexualtherapie eine effektive und gern wahrgenommene Behandlung für Paare nach Brustkrebs ist. Die untersuchten Interventionen stärken die Paare im Umgang mit physiologischen Aspekten der Erkrankung, erhöhen die sexuelle Funktionsfähigkeit und verbessern das Körperbild, die partnerschaftliche Sexualität und die Lebensqualität von Erkrankten und Partner\*innen.

Auch in verschiedenen anderen Bereichen in denen die Erkrankung plötzlich massiven Einfluss auf die Partnerschaft hat, hat konstruktive partnerschaftliche Kommunikation einen funktionalen, protektiven Einfluss auf die Partnerschaftsqualität, die Verarbeitung der Erkrankung und den individuellen Distress (Manne & Badr, 2008; Mowll et al., 2015; Scott, Halford & Ward, 2004). Das “Social Cognitive Processing Model” beschreibt die Notwendigkeit in einem positiven und unterstützenden Umfeld über die erkrankungsbezogenen Gefühle, Gedanken, Wünsche und Vorstellungen zu sprechen, um die kognitive Verarbeitung dieser zu fördern (Lepore, 2001). Canary und Stafford (2001) stellen eine partnerschaftsorientierte Form der Kommunikation dar, die sich dadurch auszeichnet, dass das Paar die Partnerschaft als Einheit ansieht und zu den aktuellen Problemen in Beziehung setzt. Dabei soll eine relativierende, gemeinschaftsorientierte Sprache von Vorteil sein und die Partnerschaftsqualität steigern, Verbundenheit stärken und Hingabe fördern (Badr & Carmack-Taylor, 2009). Bei Paaren mit Brustkrebs offenbart sich, dass konstruktive Kommunikation signifikante Zusammenhänge zu verringertem Distress und höherer Partnerschaftszufriedenheit führt (Heinrichs et al., 2011). Manne und Badr (2008) fassen in einem Review verschiedene Konzepte für Kommunikationsstile zusammen, die sich positiv auf den Distress des Paares auswirken. Sie stellen fest, dass besonders emotional unterstützende und auf die Bedürfnisse des Partners\*in ausgerichtete Kommunikation hilfreich für die Krankheitsverarbeitung ist. Paare mit hoher Partnerschaftszufriedenheit weisen häufig einen offenen reziproken Kommunikationsstil auf, in dem sie offen ihre Gefühle äußern, Verständnis für die Sichtweise des anderen aufbringen und gemeinsam Lösungen erarbeiten.

Doch nicht jede Art von dyadischer Kommunikation hat einen positiven Einfluss auf die Partnerschaftszufriedenheit und die Krankheitsverarbeitung. Besonders ungünstig scheinen grundsätzliche Unterschiede in den Kommunikationsstrategien des Paares zu sein. Ein Muster, in dem eine Person Druck ausübt woraufhin das Gegenüber Rückzugsverhalten zeigt, weist signifikante Zusammenhänge mit geringerer Partnerschaftszufriedenheit und erhöhtem Distress auf (Lewis et al., 2008; Manne et al., 2005). Abweisende Verhaltensweisen wie Kritik, Ermahnungen und Abwertung erschweren den emotionalen Austausch des Paares und führen zu höherem Distress (Lepore, Silver, Wortman & Wayment, 1996). Untersuchungen zur Auswirkung von konfrontativem Interaktionsverhalten formulieren ähnliche Ergebnisse. Auch hier zeigen sich signifikant höhere Werte in der Belastung und bei depressiven Symptomen beider Partner\*innen (Bigatti et al., 2011). Yoshimoto et al. (2006) berichten, dass das Ausmaß der dysfunktionalen Problemlösestrategien von Partnerinnen von Prostatakrebskranken sowohl deren eigenen als auch den Distress der Männer steigern. Bei zunehmender Belastung

neigen Partner\*innen laut Papastravrou, Charalambous und Tasangari (2009) vermehrt zu dysfunktionalem Coping und verwenden seltener funktionale Problemlösestrategien. Auch wenn Paare sich bemühen, besonders liebevoll und unterstützend miteinander umzugehen, neigen sie dazu, Vermeidungsverhalten zu zeigen (nicht über Ängste und Sorgen sprechen, sich vor dem Gegenüber zurückziehen um ihn zu schützen etc.) (Zimmermann & Heinrichs, 2011). Untersuchungen zum Vermeidungsverhalten in der Partnerschaft bei Krebs stellen deutliche negative Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung, die wahrgenommene Belastung von Patient\*innen und Partner\*innen und die Entwicklung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen dar (Bigatti et al., 2011; Dalton, Nelson, Brobst, Lindsay & Friedman, 2007; Lambert, Girgis, Lecathelinais & Stacey, 2013; Secinti et al., 2019). Bei fehlendem emotionalem Austausch reagieren Patient\*innen mit einem steigenden Maß an Einsamkeit und Partner\*innen mit verstärkten Ängsten (Zhang & Siminoff, 2003).

Manne und Badr (2008) postulieren, dass der krankheitsspezifische Distress und die Stärkung der Partnerschaftsqualität vor allem von der Art und Weise wie Paare miteinander kommunizieren und nur untergeordnet von den besprochenen Themen abhängig sind. Eine randomisiert-kontrollierte Studie zu einer paarbasierten Intervention zur Förderung der Offenheit in der Kommunikation bzgl. erkrankungsrelevanter Themen beschreibt eine signifikante Zunahme von Distress in Folge der Intervention. Es wird diskutiert, dass die offene Thematisierung der Sorgen und Ängste diese mehr in den Vordergrund gestellt und somit den Distress gesteigert hat (Manne et al., 2007). Badr und Kollegen (2016) fassen zusammen, dass die Passung zwischen den Kommunikationsstrategien desjenigen, der das Bedürfnis hat, etwas zu besprechen und demjenigen, der zuhört, der relevanteste Marker für eine funktionale partnerschaftliche Kommunikation ist.

Da im Rahmen der Krebserkrankung sowohl Patient\*innen als auch Partner\*innen erkrankungsbezogene Sorgen verarbeiten müssen, entsteht ein Spannungsfeld, in welchem Paare sich möglicherweise unbeabsichtigt in der Verarbeitung ihrer Erkrankung behindern, indem sie sich nicht ausreichend austauschen. Dadurch steigt der Distress und die erkrankungsbezogene partnerschaftliche Kommunikation wird zunehmend erschwert (Lichtman & Taylor, 1986; Wortman & Silver, 2001). Zum Beispiel zeigen Kornblith und Kollegen (2006), dass nahezu 35% der befragten Krebspatienten mit niemandem über ihre Sorgen bzgl. der Erkrankung sprechen. Auch Badr, Carmack und Taylor (2009) äußern, dass ein Drittel aller Lungenkrebspatienten Schwierigkeiten in der Thematisierung erkrankungsbezogener Ängste berichten.

Manne et al. (2007) untersuchten in einer 18-monatigen Längsschnittstudie die moderierende Funktion der Partnerschaftszufriedenheit zwischen emotionalem Distress und „*protective buffering*“. „*Protective buffering*“ beschreibt Verhaltensweisen, in denen eigene, negative Emotionen wie Angst und Sorgen nicht kommuniziert werden, um Partner\*innen nicht zusätzlich zu belasten. Auch wenn „*protective buffering*“ der Intention folgt, das Gegenüber zu schützen und möglichst wenig zu belasten, zeigen Untersuchungen, dass dieses Kommunikationsmuster sowohl bei erkrankten Patient\*innen als auch bei gesunden Partner\*innen Distress erhöht, Partnerschaftszufriedenheit senkt und mit geringem psychischen Wohlbefinden korreliert (Badr et al., 2016; Langer, Brown & Syrial, 2009).

**2.4.2 Partnerschaftliche Bindung und ihr Einfluss auf die Belastung bei Krebs.** Da die Partnerschaft und der Umgang mit der Erkrankung scheinbar eng miteinander verknüpft sind, scheint es sinnvoll, die Grundlage partnerschaftlicher Bindung zu betrachten. Anhand von multivariaten Analyseverfahren zeigten Hamama-Raz und Solomon (2006), dass bzgl. des Distress das Bindungsmuster eine höhere Varianzaufklärung als bspw. Resilienz oder individuelle Copingstrategien ermöglicht.

Avila et al. (2017) postulieren, dass eine Grundlage für die partnerschaftliche Bewältigung der Krebserkrankung und die Qualität der Partnerschaft in der Bindungstheorie nach Bowlby (1969) zu finden ist. Die Bindungstheorie ermöglicht es, Unterschiede im Umgang mit der Erkrankung auf Basis von verschiedenen Sichtweisen wie frühkindlichen Erfahrungen, persönlichen Einstellungen zu Mitmenschen, und zwischenmenschlichen Interaktionen zu diskutieren. Es wird vermutet, dass eine Krebserkrankung Bindungsmuster verstärkt präsent werden lässt. Die Art der Bindungsmuster hat einen deutlichen Einfluss sowohl auf Erkrankte als auch Partner\*innen. Zudem kann dadurch auch die Interaktion mit Fachpersonal und die Inanspruchnahme und Wirkweise von Hilfsangeboten erklärt werden (Nicholls, Hulbert-Williams & Bramwell, 2014). Ainsworth (1978) schildert, dass Bindung, die Notwendigkeit von emotionaler Sicherheit und gegenseitiger Verpflichtung und der Austausch mit einem zugewandten Gegenüber besonders dann an Relevanz gewinnt, wenn eine Person mit existentiell bedrohlichen Krisen oder kritischen Lebensereignissen konfrontiert ist. Die Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis wie einer Krebserkrankung verstärkt das Bedürfnis nach Bindung, um im Angesicht der existentiellen Bedrohlichkeit Sicherheit zu erlangen (Avila et al., 2017). Die Art der Strategien, die benötigte emotionale Sicherheit zu suchen und Distress zu reduzieren, hängt vorrangig von den persönlichen, erfahrungsbasierten Handlungskonzepten des Individuums ab. Diese Konzepte repräsentieren kognitive, affektive



und behaviorale Lernerfahrungen aus der Vergangenheit des Individuums, die, besonders in Zeiten von hohem Distress, zukünftige Verhaltensweisen maßgeblich beeinflussen (Martin, Paetzold & Rholes, 2010). Sicher gebundene Individuen schreiben Partner\*innen positive funktionale Verhaltensweisen, wie Zugewandtheit, Unterstützung und Liebe zu. Auf Basis dieser Zuschreibung suchen sie in Phasen von hohem Distress aktiv und funktional die zugeschriebenen Eigenschaften bei Partner\*innen. Ambivalente Individuen bezweifeln die zeitlich stabile Verfügbarkeit der Unterstützung des Gegenübers und zeigen dennoch ein starkes Verlangen danach bei gleichzeitiger Angst, verlassen oder weggestoßen zu werden. Individuen mit vermeidender Bindung sprechen ihrem Gegenüber ebenfalls kaum unterstützende Eigenschaften zu und bemühen sich um größtmögliche Selbstständigkeit, obwohl sie von der Unterstützung des/der Partner\*in profitieren könnten (Martin et al., 2010).

In einer Metaanalyse untersuchten Nicholls et al. (2014) 15 quantitative Studien in Bezug auf den Einfluss der partnerschaftlichen Bindung auf das krankheitsbezogene Coping bei Krebserkrankten und deren Partner\*innen. Studienübergreifend wurde deutlich, dass ein unsicher-vermeidender oder ambivalenter Bindungsstil ein geringeres funktionales Coping nach sich zog. Studienteilnehmer mit ängstlich-vermeidenden und ambivalenten Bindungsstilen waren assoziiert mit geringerem psychischem Wohlbefinden. Der ängstlich-vermeidende Bindungsstil zeigt studienübergreifend signifikante Zusammenhänge zu depressiven Symptomen, höherer Ängstlichkeit und geringerer Lebens- und Partnerschaftsqualität (Porter et al., 2012). Patient\*innen mit ängstlichem Bindungsverhalten verstärken die Nebenwirkungen und Einschränkungen durch die Erkrankung aufgrund einer Hypervigilanz im Hinblick auf die Symptomatik wohingegen Patient\*innen mit ambivalenten Bindungsstil die Konsequenzen der Erkrankung und Behandlung eher verharmlosen (Nicholls et al., 2014). Cicero, Lo Coco, Gullo und Lo Verso (2009) führen an, dass Patient\*innen mit ängstlich-vermeidendem Bindungsstil weniger Kampfgeist und stärkere Hoffnungslosigkeit und Resignation aufweisen. Ein sicherer Bindungsstil korreliert hoch mit adaptiven Strategien bzgl. der Erkrankung z.B. einer hohen Lebensqualität und funktionaler Verarbeitung der Erkrankung.

Ein unsicherer Bindungsstil bei Partner\*innen von Erkrankten schlug sich in höherem Distress, verstärkten depressiven Symptomen, weniger Motivation den/die Erkrankte\*n zu unterstützen und mehr Schwierigkeiten in der Unterstützung nieder. Im Zusammenhang mit dem Bindungsverhalten von Partner\*innen hat das Alter einen signifikanten moderierenden Effekt auf den wahrgenommenen Distress. Jüngere Partner\*innen mit ängstlichem Bindungsverhalten berichten ein signifikant höheres Level an Distress. Im Gegensatz dazu kann

ängstliches Bindungsverhalten bei älteren Partner\*innen die Krankheitsverarbeitung fördern (Kim et al., 2007).

Ein eher sicheres Bindungsverhalten von Partner\*innen zeigt sich in größerer partnerschaftlicher Nähe bei der Unterstützung und hochfrequenterer Hilfestellung. Ambivalente Bindung von Partner\*innen verstärkt ein eher dominantes Unterstützungsverhalten, das Patient\*innen wenig Raum zur Aufrechterhaltung der Selbstwirksamkeit bietet. Ängstliches Bindungsverhalten von Partner\*innen äußert sich eher in überbehütendem, überengagiertem Unterstützungsverhalten (Braun et al., 2012).

Bezüglich des Geschlechts zeigt sich, dass vermeidendes Bindungsverhalten bei männlichen Erkrankten den Distress der unterstützenden Frauen massiv steigert. Bei unterstützenden Männern zeigt sich dieser Zusammenhang nicht. Bei männlichen Partnern zeigt sich ein moderierender Effekt zwischen Bindung, Unterstützung und Depression. Sicheres Bindungsverhalten hat einen protektiven Effekt bzgl. der Entwicklung einer depressiven Symptomatik durch die Unterstützung des Erkrankten (Kim et al., 2008). Besonders bei weiblichen Partnern erkrankter Männer führt ein unsicheres Bindungsverhalten zu niedriger Partnerschaftsqualität und höherem Distress.

Brennan, Clark und Shaver (1998) sprechen auf partnerschaftlicher Ebene von einer Einteilung der Paare anhand ihres Bindungsverhaltens. Dabei wird deutlich, dass bei einem sicher gebundenen Paar beide eine funktionalere Krankheitsverarbeitung angeben als bei einem unsicher gebundenen Paar. Unsicher gebundene Partner\*innen zeigen studienübergreifend die schlechtesten Ergebnisse in der Krankheitsverarbeitung, im Coping und die höchsten Werte im krankheitsbezogenen Distress. Partner\*innen mit unterschiedlichen Bindungsmustern erreichen moderate Werte bezüglich der Krankheitsverarbeitung.

Es lässt sich zusammenfassen, dass unsicheres Bindungsverhalten studienübergreifend mit eher dysfunktionaler Krankheitsverarbeitung und höherem krankheitsbezogenen Distress zusammenhängt. Ein sicheres Bindungsverhalten stärkt die funktionale Krankheitsverarbeitung, reduziert Distress und fördert das posttraumatische Wachstum (Cormio et al., 2014; Kim et al., 2008; Nicholls et al., 2014).

## **2.5 Krebspezifischer Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten**

Krebspezifische Belastungen bei Partner\*innen von Erkrankten machen sich auf physischer, psychischer, emotionaler und funktionaler Ebene bemerkbar (Bergelt, Koch & Petersen, 2008). Neben der intensiven emotionalen und praktischen Unterstützung des Erkrankten in den oft langen Krankheitsverläufen müssen Partner\*innen demnach ebenfalls die

Auswirkungen der Erkrankung auf das eigene Wohlbefinden beachten und verarbeiten (Given & Sherwood, 2006).

Northouse und Peters-Golden (1993) fassten in einem Review die hauptsächlichen Sorgen von Partner\*innen von Krebserkrankten in drei Kategorien zusammen. Die erste Kategorie beschreibt die Angst vor der Erkrankung und möglichen Progression dieser. In einer Studie von Toseland, Blanchard und McCallion (1995) zeigt sich, dass die Angst vor dem Tod des Erkrankten der Hauptgrund für krebsspezifischen Distress darstellt, auch wenn die Erkrankung offensichtlich gute Heilungschancen aufweist. Northouse, Williams, Given und McCorkle (2012) diskutieren, dass die Unvorhersagbarkeit der Erkrankung in diesem Fall ein hohes Maß an Hilflosigkeit und Kontrollverlust hervorruft und dadurch der hauptsächliche Stressor ist. Zimmermann, Herschbach, Wessargues und Heinrichs (2011) konnten in einer Studie mit 227 Angehörigen von Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen nachweisen, dass 49% der Partner\*innen unter klinisch bedeutsamer Progredienzangst leiden und besonders Partner\*innen von Lungenkrebserkrankten eine hohe Progredienzangst aufzeigen.

Als zweite Kategorie beschreiben Northouse und Peters-Golden (1993) den Umgang mit den emotionalen Bedürfnissen des/der Erkrankten. Zahlis und Shands (1991) und Toseland und Kollegen (1995) berichten, dass Partner\*innen Hilflosigkeit und Selbstzweifel im Umgang mit dem Erkrankten erleben. Sie haben vermehrt den Eindruck den Erkrankten nicht adäquat unterstützen zu können und fühlen sich überfordert von der plötzlichen Verantwortung. Zudem zeigt sich, dass gesunde Partner\*innen ihre Sorgen und Belastungen selten äußern, sodass sich der Distress weiter erhöht. Partner\*innen neigen dazu, die Rolle eines/r stets starken, unbeeinträchtigten Unterstützer\*in einzunehmen und eigene Sorgen und Ängste zu verstecken. In einer Studie von Siegel et al. (1991) schildern Partner\*innen um ein Vielfaches ausführlicher objektive Belastungen wie Krankenhausbesuche oder dem Management von Nebenwirkungen als Sorgen bzgl. des Erkrankten, Überforderung und Ängste.

Die dritte Kategorie beschreibt Schwierigkeiten, den Alltagsablauf weiter beizubehalten. Gesunde Partner\*innen werden häufig sehr plötzlich zu Alleinversorgern der Familie und haben zusätzlich die Aufgabe, den Erkrankten zu unterstützen (Northouse et al., 1993). Sie sind damit konfrontiert, die gemeinsamen Verpflichtungen plötzlich allein zu bewältigen und Aufgaben, wie beispielsweise die Berufstätigkeit oder die Sorge für gemeinsame Kinder, weiterhin zu erfüllen (Cochrane & Lewis, 2005; Kayser & Scott, 2008; Müller, 2011).

Dumont et al. (2006) definieren Copingprozesse der Angehörigen von Krebserkrankten als psychologische Erfahrung, die zweigeteilt auftritt. Zum einen zeigt sich hier die kognitive

Komponente, in der funktionales Coping als Konglomerat aus der subjektiven Bewertung der eigenen Fähigkeiten und dem Vorhandensein bzw. der Inanspruchnahme adäquater, unterstützender Hilfsangebote beschrieben wird. Kontroll- und Kompetenzerleben schützen vor Distress und steigern die Belastbarkeit des Angehörigen. Zum anderen besteht eine phänomenologische Komponente, die Aspekte von posttraumatischem Wachstum und Sinnfindung beschreibt. Hier wird deutlich, dass sowohl eine hohe Partnerschaftsqualität als auch eine gute Beziehung zu weiteren Familienmitgliedern und dem involvierten professionellen Pflegepersonal notwendig ist. Die als hilfreich wahrgenommenen Beziehungen unterstützen die Sinnfindung von Partner\*inne, die besonders im Fall des Todes einer/s Erkrankten unumgänglich für die Adaption und psychologische Verarbeitung ist.

**2.5.1 Psychischer Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten.** Fletcher, Miaskowski, Given und Schumacher (2012) entwickelten ein heuristisches Modell um Distress und Belastungen bei Angehörigen von Krebserkrankten zu erläutern (siehe Abbildung 2). Das Modell beinhaltet die drei Hauptkomponenten:

- 1) Stress-Prozess (stress process)
- 2) Kontextfaktoren (context)
- 3) Erkrankungsverlauf (trajectory)

Die Komponente Stress-Prozess unterteilt sich wiederum in verschiedene Unterkomponenten. Primäre Stressoren (primary stressors) stellen diejenigen Belastungen da, die den Stressprozess initiieren. Hierunter werden die erkrankungsspezifischen Faktoren von Patient\*innen und die daraus resultierenden Anforderungen an Pflegende konzeptualisiert. Sekundäre Stressoren (secondary stressors) beschreiben Belastungen, die nicht direkt im Unterstützungsprozess liegen, sondern aus der langfristigen Fokussierung auf die Erkrankung und den/die Erkrankte\*n entstehen können. Hierunter subsumieren sich die Rollenveränderungen in Partnerschaft und Familie, Doppelbelastungen durch Berufstätigkeit bzw. Elternschaft, Veränderungen in der Lebensplanung, Alltagsgestaltung und im Sozialleben. Zum Stress-Prozess zählen ebenfalls kognitive Bewertungsprozesse (cognitive-behavioral responses) des Unterstützers und die daraus resultierenden Verhaltensweisen und Copingstrategien sowie das körperliche und psychische Wohlbefinden der Pflegenden. Zusätzlich werden positive psychologische Auswirkungen der Rolle als Unterstützer und Pflegender konzeptualisiert (health and wellbeing). Kontextfaktoren beschreiben objektive Merkmale, Charaktereigenschaften und Persönlichkeitsfaktoren des Pflegenden und des Patienten, wahrgenommene und empfangene soziale Unterstützung, die Qualität der Beziehung

zum Erkrankten, kulturelle und ökonomische Faktoren sowie das Vorhandensein eines Gesundheitssystems und die Qualität dessen. Hierbei ist zu beachten, dass einige Kontextfaktoren unveränderlich (z.B. Geschlecht, Ethnie, Verwandtschaftsgrad zum Erkrankten), einige veränderbar aber stabil (z.B. Persönlichkeitsfaktoren, Lebensraum, sozioökonomischer Status) und einige sehr flexibel sind (z.B. Gesundheit, soziale Unterstützung, Einkommen, Beziehungsqualität). Der Erkrankungsverlauf beinhaltet den Prozess der Erkrankung und Behandlung. Hier zeigen sich das Erkrankungsstadium und die Erkrankungsdauer als Kernstressoren. Zu beachten ist, dass der Erkrankungsverlauf ein stark flexibler Faktor ist.

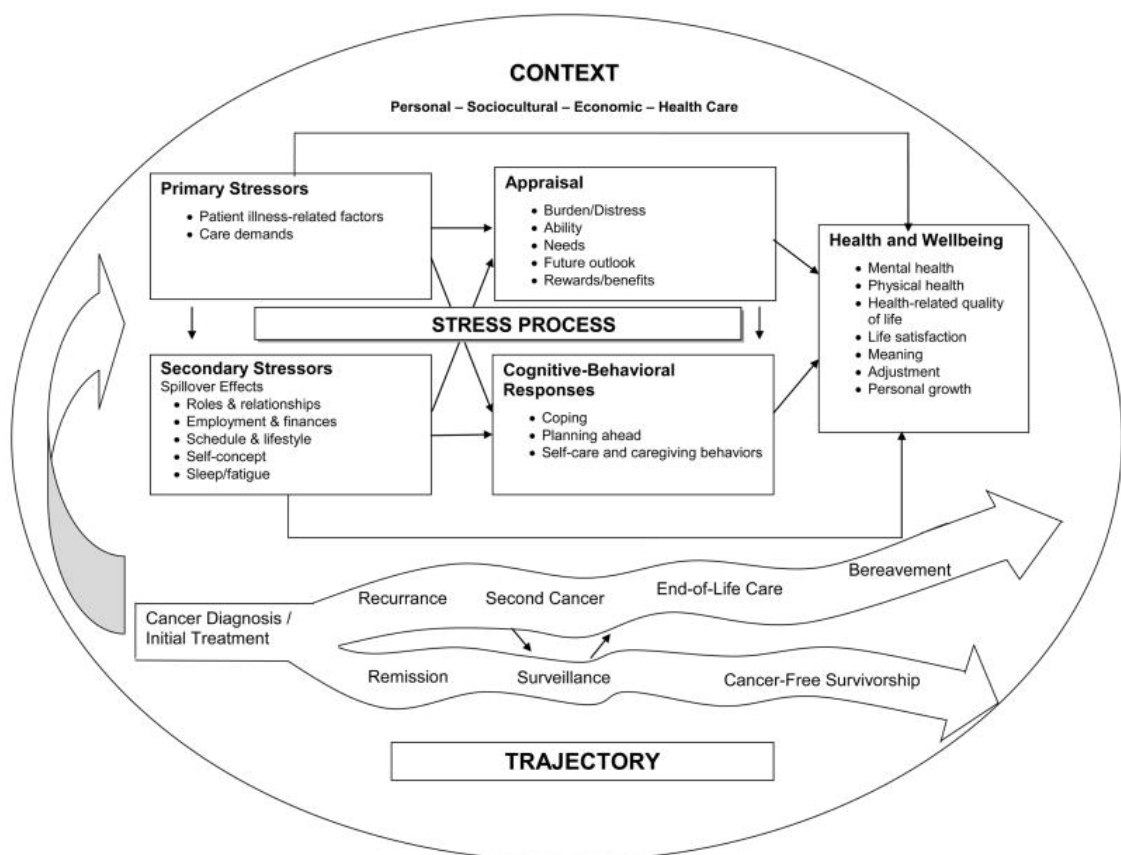


Abbildung 2. Heuristisches Modell der Einflussfaktoren auf den krebspezifischen Distress von Partner\*innen Krebserkrankter (Fletcher et al., 2012). S 388. Copyright 2012 bei Elsevier. Wiedergabe mit Genehmigung.

Stenberg, Ruland und Miaskowski (2010) veröffentlichten in einem Review 200 mögliche Arten als Partner\*innen eines Krebserkrankten krebspezifischen Distress zu erleben. Sie berichteten unter anderem von Schlafschwierigkeiten, Überlastung durch die Rollenübernahme und Verlust der Intimität. Der psychologische Distress von Partner\*innen von

Krebserkrankten wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen vielfach erhoben.

Fletcher und Kollegen (2012) konzeptualisieren die Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten in einem Kontinuum, das von unspezifischem emotionalen Distress und Stimmungsschwankungen über subklinisch auffällige Symptome von Angst und Depression zu potentiell gefährlichen, langfristig beeinträchtigenden psychischen Erkrankungen wie schweren Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen reichen kann. Der Großteil der publizierten Studien schildern ein klinisch auffälliges Maß an Distress, Ängsten und depressiver Symptomatik, das dem von Patient\*innen gleichzusetzen ist oder es sogar übersteigen kann (Bergelt et al., 2008; Chambers et al., 2013; Couper et al., 2006; Eton, Lepore & Helgeson, 2005; Keitel, Cramer & Zeyon, 1990; Kim et al., 2007; Lambert et al., 2013; Langer et al., 2003; Lee & Roberts, 2018; Mullen, Smith, & Hill, 1994; Manne et al., 2005). Keitel, Cramer und Zevon (1990) äußern diesbezüglich die Hypothese, dass Partner\*innen stärker zukunftsorientiert und über Langzeitfolgen nachdenken, während Erkrankte eher mit der aktuellen Situation beschäftigt sind. Außerdem würden sich Partner\*innen im Erkrankungsverlauf häufig hilflos fühlen, weil sie den Erkrankte leiden sehen, ohne eine Möglichkeit zu haben, das Leid zu verringern. Erkrankte seien dahingegen aktiv in die Behandlungsentscheidungen involviert, was Selbstwirksamkeit schafft (Haagedoorn et al., 2008). Demgegenüber stehen einige wenige Untersuchungen, die von einer nur gering ausgeprägten bzw. nicht vorhandenen Belastung bei Partner\*innen sprechen (Kozachik et al., 2001; Toseland et al., 1995). Fragebogenstudien mit Partner\*innen von Krebserkrankten zeigen bei 20-30% der Teilnehmer eine klinisch auffällige Symptomatik im Sinne einer psychischen Erkrankung nach ICD-10 (Bigatti et al., 2011; Hagedoorn, Buunk, Kuijer, Wobbles & Sanderman, 2000; Nijboer, Tempelaar, Triemstra, van den Bos & Sanderman, 2001; Singer et al., 2009). Bei Partner\*innen von palliativ behandelten Erkrankten liegt die Rate bei bis zu 50% (Kissane, Bloch, Burns, McKenzie & Posterino, 1994; Siegel et al., 1991). Studien, die standardisierte Interviewverfahren verwenden, berichten geringere Raten von 10% bei Partner\*innen von neu diagnostizierten bis zu 33% von palliativ erkrankten Patient\*innen (Maguire, 1999). Die Symptombelastung der Partner\*innen ist signifikant höher als die einer gesunden Vergleichsstichprobe (Keitel et al., 1990; Langer et al., 2003). Lambert et al. (2013) untersuchten 436 australische Patient\*innen und deren engste Bezugspersonen hinsichtlich depressiver und ängstlicher Symptome über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Diagnose. Die Rate der Partner\*innen mit Angstsymptomen sank im Verlauf der Untersuchung von 35.8% (6 Monate) auf 30.5% (12 Monate) ab. Die Rate der Partner\*innen mit klinisch auffälligen

depressiven Symptomen blieb stabil mit 15.1% (6 Monate) und 15.9% (12 Monate). Beide Symptomgruppen wurden von 13.3% (6 Monate) bzw. 13.5% (12 Monate) der Befragten angegeben. Es zeigt sich, dass besonders Partner\*innen von Lungenkrebserkrankten häufig eine Angstsymptomatik aufweisen (57.7%, 6 Monate; 42.3% 12 Monate). Depressive Symptome sind nach 12 Monaten ebenfalls höher als der Durchschnitt (26.9%).

Kim und Kollegen (2013) untersuchten Partner\*innen von Krebserkrankten in einer Längsschnittstudie zwei und fünf Jahre nach der Diagnose. Circa 25% der Befragten zeigten zu den jeweiligen Messzeitpunkten eine behandlungsbedürftige klinische Depression. Fehlende soziale Unterstützung und hoher Distress zwei Jahre nach Diagnose sind ein signifikanter Prädiktor für eine depressive Symptomatik fünf Jahre nach Diagnose. Verwitwete Partner\*innen berichten mit circa 50% sowohl vor als auch nach dem Tod des Erkrankten die höchsten Werte depressiver Symptomatik. Partner\*innen, die den/die Erkrankte\*n fünf Jahre nach der Diagnose weiterhin pflegen, weisen ebenfalls ein hohes Ausmaß an depressiver Symptomatik auf.

Eton et al. (2005) setzten sich zum Ziel, Prädiktoren für psychologischem Distress bei Partnerinnen von Prostatakrebskranken zu formulieren. Es zeigte sich, dass psychosoziale Merkmale, wie eine geringe Partnerschaftsqualität, wenig soziale Unterstützung, geringes Selbstbewusstsein und fehlende Sinnfindung eine höhere Vorhersagekraft für psychologischen Distress besitzen als medizinische Merkmale. Zudem sagen Zahlis und Shands (1991), dass die Unvorhersagbarkeit der Erkrankung einen großen Einfluss auf die Entstehung psychischer Symptome hat und die Krankheitsverarbeitung erschwert. Ein Studienteilnehmer gab an: „She could be dead in a year... and it's not knowing that leaves you hanging“ (S. 85). Lambert et al. (2013) zeigen mithilfe von Regressionsanalysen, dass Angst- und Depressionssymptome 6 Monate nach Diagnose durch intensives Vermeidungsverhalten, große Veränderungen im Ablauf des Alltags und niedrige emotionale und informationelle Unterstützung vorhergesagt werden können. Vermeidungsverhalten der Partner wird von Bigatti et al. (2011) als Mediator zwischen sozialer Unterstützung und depressiver Symptomatik bei Männern von Brustkrebspatientinnen dargestellt. Männer nutzen seltener problemfokussiertes Coping, sondern neigen vermehrt zu Vermeidungsverhalten, besonders bei steigender Belastung. Je geringer die wahrgenommene soziale Unterstützung, desto stärker der o.g. Zusammenhang.

Der Zusammenhang zwischen demografischen Faktoren der Partner\*innen und ihrem Distress wird in der Forschung teilweise widersprüchlich widergegeben. Einige wenige Studien berichten, dass das Geschlecht keine Auswirkung auf den subjektiven Distress hat (Gilbar, 1999; Hannum, Giese-Davis, Harding & Hatfield, 1991; Northouse & Swain, 1987) bzw. dass

männliche Partner stärkeren Distress erleben als weibliche (Baider & Kaplan De-Nour, 1997; Baider, Perez & Kaplan De-Nour, 1989; Baider & Surbone, 2014). Der Großteil der wissenschaftlichen Studien gibt jedoch an, dass Frauen, unabhängig davon, ob sie Patientin oder Partnerin sind, höheren Distress als Männer erleben, wenn sie mit einer Krebserkrankung konfrontiert sind (Badger & Segrin, 2018; Hagedoorn, et al., 2008; Langer et al., 2003; Leiber, Plumb, Gerstenzang & Holland, 1976; Pitceathly & Maguire, 2003). Verschiedene Studien führen an, dass weibliche Partner mehr Angstsymptome und eine geringere Lebensqualität berichten und höheren Distress erleben als männliche Partner (Dagan & Hagedoorn, 2014; Iconomou, Haralabos & Kardamakis, 2001). Eine Studie von Hagedoorn et al. (2000) postuliert, dass weibliche Partner von Krebserkrankten stärkeren Distress als männliche Partner und als Frauen mit gesunden Partnern zeigen. Außerdem neigen Frauen zu einer reduzierten körperlichen Aktivität und einem verstärkten sozialen Rückzug (Moser, Künzler, Nussbeck, Bargetzi & Znoj, 2013). Männer mit kranken Partnerinnen weisen keinen höheren Distress als Männer mit gesunden Partnerinnen auf (Hagedoorn et al., 2000). Andere Studien geben an, dass männliche Partner eine signifikant stärkere depressive und ängstliche Symptomatik berichten als nicht pflegende Vergleichsstichproben (Keitel, et al., 1990; Lambert et al., 2013; Langer et al., 2003). Eine Studie von Wagner, Bigatti und Storniolo (2006) bilanziert, dass Männer von Brustkrebspatientinnen in vier (Vitalität, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Emotionale Rollenfunktion, Psychisches Wohlbefinden) der acht Subskalen des SF-36 (Bullinger, 2000) signifikant schlechter abschneiden als eine gesunde Vergleichsstichprobe. Lutzky und Knight (1994) diskutieren, dass die geringere Belastung von männlichen Partnern durch den häufig schwierigeren Zugang zu den eigenen Emotionen und die dadurch geringere Ausdrucksweise zustande kommt. Außerdem beschreibt Thoits (1991) Unterschiede in der Rollenidentität als Auslöser der Geschlechtsunterschiede im Distress. Er gibt an, dass die Rolle des emotionalen familiären Unterstützers, auch unabhängig von einer Erkrankung, grundsätzlich eher Frauen zufällt als Männern und dass Frauen diese Rolle eher in ihre Identitätsbeschreibung aufnehmen. Dies bestärken Aube und Köstner (1995), die angeben, dass Frauen in der Selbstbeschreibung häufiger soziale und emotionale Begriffe wie „verständnisvoll“, „sensibel“ oder „emotional“ nutzen als Männer. Thoits (1991) folgert, dass Menschen, die mit einem Stressor konfrontiert sind, der einen Kernaspekt der eigenen Identität anspricht, stärkeren Distress erleben als Menschen, deren Identitätsbeschreibung andere, weniger soziale und emotionale Begrifflichkeiten enthält. Besonders Hilflosigkeit oder das Gefühl der Inkompetenz stresst Frauen in diesem Zusammenhang erheblich mehr als Männer. Kim und Kollegen (2008) führen an, dass Frauen, die ein Ungleichgewicht in der emotionalen Reziprozität mit dem Partner



erleben und sich zusätzlich als inkompetent in ihren Unterstützungsfertigkeiten einschätzen, höheren psychischen Distress aufweisen als Männer, die sich der erkrankten Partnerin emotional nicht nah fühlen. Diese Männer erleben eher einen geringen psychischen Distress, da sie sich freier und unabhängiger fühlen und dadurch bessere praktische Unterstützung leisten können. Hagedoorn et al. (2000) fassen zusammen, dass die Unterschiede im psychologischen Distress zwischen Männern und Frauen also durch eine Subgruppe von Partner\*innen hervorgerufen wird, die den Eindruck haben, keine ausreichend gute Unterstützung zu leisten, dies jedoch im Rahmen ihrer Identitätswahrnehmung von sich erwarten würden.

Haagedoorn et al. (2008) diskutieren in einer Meta-Analyse zum Distress von Paaren bei Krebs, dass die genannten Geschlechterunterschiede in wissenschaftlichen Studien mit Vorsicht beurteilt werden sollten. Der Großteil der ihnen vorliegenden, wissenschaftlichen Studien bestand aus kleinen Stichproben, die spezifische Diagnosegruppen umfassten. Die häufigsten Teilnehmer sind Brustkrebspatientinnen und Prostatakrebspatienten. Hier ist das Geschlecht untrennbar mit der Erkrankung konfundiert. Es existieren kaum repräsentative Studien, die Teilnehmer mit unterschiedlichen Krebserkrankungen inkludieren und generalisierbare Aussagen zulassen würden.

Bezüglich des Alters geben Lewis et al. (2008) an, dass Partner von Brustkrebspatientinnen mit steigendem Alter höhere Werte in depressionsspezifischen Selbstbeurteilungsinstrumenten aufweisen. Demgegenüber stehen verschiedene Studien die besagen, dass junge Partner\*innen ein höheres Risiko besitzen, depressive Symptome zu entwickeln (Dumont et al., 2006; Goldstein et al., 2004; Kurtz, Kurtz, Given & Given, 2005). Junge Partner\*innen beschreiben eine geringere psychische Anpassung an die gegenwärtige Situation als ältere Partner\*innen. Allerdings zeigen sie sich jedoch wesentlich funktionaler und anpassungsfähiger in Bezug auf körperliche Aktivität, Vitalität und sozialer Einbindung. Bei älteren Partner\*innen wird deutlich, dass eigene körperliche Erkrankungen stark mit hohem Distress korrelieren, wenn die Partner\*inne für Erkrankte sorgen (Dumont et al., 2006; Jepson, McCorkle, Adler, Nuamah & Lusk 1999). Es lässt sich schlussfolgern, dass jüngere Partner\*innen bessere physische aber schlechtere psychische Copingstrategien aufweisen als ältere Partner\*innen (Kim et al., 2013).

Betrachtet man den Bildungsgrad und sozioökonomischen Status von Partner\*innen, zeigen sich ebenfalls widersprüchliche Aussagen bzgl. ihres Einflusses auf den Distress. Kurtz et al. (2005) berichten, dass ein hoher Bildungsgrad mit einer hohen Ausprägung depressiver Symptome assoziiert ist. Demgegenüber stehen Forschungsergebnisse von Iconomou et al. (2001) und Lewis et al. (2008) die einen umgekehrten Zusammenhang postulieren. Sales,

Schulz und Biegel (1992) thematisieren, dass Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status die höchste Belastung durch die Erkrankung erleben. Der Bildungsstand von Partner\*innen kann einen prognostischen Wert für das Überleben von Erkrankten beinhalten. Die relative Überlebensrate von Erkrankten mit hoch gebildeten Partner\*innen ist signifikant höher als die von Erkrankten mit weniger gebildeten Partnern\*innen. Die Bildung der Patient\*innen ist hingegen irrelevant (Lewis et al., 2008). Ähnliche Ergebnisse konnten eruiert werden, wenn das Einkommen der Partner\*innen betrachtet wurde (Njiboer et al., 1999). Krankheitsspezifische Merkmale und die Funktionsfähigkeit von Patient\*innen beeinflussen den Distress der Partner\*innen ebenfalls signifikant. Hagedoorn und Kollegen (2008) beschreiben den Distress bei Erkrankten und Partner\*innen bei früh diagnostiziertem, nicht-metastasiertem Brustkrebs als zunächst immens, jedoch im Behandlungsverlauf und mit sich verbessernder Prognose stetig sinkend. Im Gegensatz dazu sind Paare bei metastasierten, palliativen Krebserkrankungen gezwungen, sich intensiv mit den emotionalen und alltagsrelevanten Konsequenzen der Erkrankung auseinanderzusetzen sowie neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln, worin fortschreitende körperliche Versehrtheit, steigender Unterstützungsbedarf und Tod thematisiert werden sollten (Butler et al., 2005). Mit steigendem Pflegebedarf, sinkender Autonomie des Erkrankten und bei palliativen Behandlungssituationen steigt der Distress der Partner\*innen deutlich an (Dumont et al., 2006; Given & Sherwood, 2006). Dumont et al. (2006) berichten, dass bis zu 62% der Partner\*innen in diesem Erkrankungsstadium klinisch relevante psychiatrische Symptome aufweisen. Spezifische Symptome der Krebserkrankung haben keinen signifikanten Einfluss auf den Distress der Partner\*innen, vielmehr scheint die Anzahl der Symptome der Erkrankten eine Rolle zu spielen (Dumont et al., 2006; Given & Sherwood, 2006).

**2.5.2 Sozialer und praktischer Distress bei Partner\*innen.** In der ambulanten Versorgung von Krebserkrankten nehmen Partner\*innen eine Kernfunktion ein. Da in den vergangenen Jahrzehnten die Liegezeit in Krankenhäusern stetig abnahm, die ambulante medizinische Versorgung gefördert wurde und palliativ Erkrankte es meist bevorzugen, in der Häuslichkeit untergebracht zu werden und dort zu versterben, mussten sich Partner\*innen vermehrt mit der Rolle als Pfleger\*in und Unterstützer\*in auseinandersetzen (Goldstein et al., 2004). Partner\*innen haben oft keine Möglichkeit, selbstbestimmt zu entscheiden, ob sie die Tätigkeit als hauptsächlicher Unterstützer des Erkrankten leisten können und wollen. Ebenso ist es sozial unerwünscht, dass sich dagegen zu entscheiden.

Van Ryn und Kollegen (2011) befragten 677 Partner\*innen von Krebserkrankten zu ihren Aufgaben. Mehr als die Hälfte war hauptverantwortlich für die Pflege und Unterstützung von Patient\*innen mit metastasierten Erkrankungen und schweren Komorbiditäten. Zusätzlich zur Hilfestellung bei alltäglichen Aktivitäten und der grundsätzlichen Versorgung waren die Partner\*innen häufig für die Kontrolle und Behandlung der Nebenwirkungen, das Schmerzmanagement, die Wundversorgung, die Medikamenteneinnahme, die Entscheidung über das Hinzuziehen eines Arztes, uvm. verantwortlich. Dabei ist zu bedenken, dass kaum ein/e Partner\*in eine essentielle Einführung und Ausbildung in die Versorgung von schwer kranken Menschen bekommen hat und die o.g. Aufgaben in Krankenhäusern von geschultem Fachpersonal durchgeführt werden. Häufig wird in der psychoonkologischen Literatur darauf fokussiert, wie gesunde Partner\*innen auf psychischer Ebene funktionale Copingprozesse und Krankheitsverarbeitung sowie auf physischer Ebene z.B. die Reaktion auf die Behandlung und die Genesung der Erkrankten stärken können. Aus dyadischer Perspektive zeigt sich jedoch, dass gesunde Partner\*innen ebenso von der Unterstützung des Erkrankten profitieren wie umgekehrt. Eine Partnerschaft mit hoher Qualität stellt für das Paar einen unterstützenden Faktor in der Krankheitsverarbeitung dar (Manne & Badr, 2008). Partnerschaftliche Bindung und die partnerschaftliche Zufriedenheit von Partner\*innen haben einen großen Einfluss auf die Qualität der dargebotenen Unterstützung und deren emotionale Verarbeitung der Erkrankung. Außerdem stellen Dumont und Kollegen (2006) Selbstwirksamkeitserleben als einen wichtigen protektiven Faktor gegen die Entwicklung klinisch relevanter psychischer Symptome durch die Pflegebelastung dar. 25% der Befragten in der Studie von Van Ryn und Kollegen (2011) beschrieben eine geringe Selbstwirksamkeit und zeigten sich unsicher, ob die Qualität ihrer Pflege und Unterstützung ausreichend ist. Wellisch, Jamison und Pasnau (1978) zeigen anhand einer Interviewstudie, dass Partner von Frauen mit Brustkrebs häufig unsicher in der emotionalen Unterstützung sind und nicht immer in der Lage sind, deren Bedürfnisse wahrzunehmen. Eine Untersuchung von Badr und Kollegen (2010) an Paaren bei metastasiertem Brustkrebs beinhaltet, dass Patientinnen wesentlich häufiger Stressäußerungen tätigen und Bedürfnisse benennen als Partner es wahrnehmen und darauf reagieren. Auf der Seite gesunder Partner\*innen sorgt das Prinzip des „*protective buffering*“ für fehlende Bedürfnisäußerung (Manne et al., 2007). Sie fordern dementsprechend wesentlich seltener Unterstützung ein und erhalten kaum Hilfe. Hoskins und Kollegen (1996) berichten, dass Partner\*innen, die unzufrieden mit der sozialen Unterstützung der Erkrankten sind, ein hohes Ausmaß negativer Emotionen erleben und dysfunktionale Strategien im Umgang mit dem Erkrankten und den eigenen Emotionen nutzen. Eine feste partnerschaftliche Bindung hingegen

steigert die Selbstwirksamkeit und erlaubt eine stärkere Zuwendung zum/zur Erkrankten (Bolwby, 1969; Dumont et al., 2006; van Ryn et al., 2011). Laut Kim und Kollegen (2008) rufen sichere partnerschaftliche Bindung und hohe Zufriedenheit bei gesunden Partner\*innen altruistische Motive bei der Unterstützung des/der Erkrankten hervor. Soziale Unterstützung vom Erkrankten für Partner\*innen steigert die Chance, dass diese wiederum adaptive, funktionale Copingstrategien in der Versorgung von Erkrankten verwenden (Kayser & Scott, 2008). Soziale Unterstützung von Erkrankten soll zudem positive Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Immunsystems (Baron, Cutrona, Hickling, Russel & Lubaroff, 1990), eine funktionale Krankheitsverarbeitung (Northouse, 1988) und das posttraumatische Wachstum der Partner\*innen haben (Weiss, 2004). Nijboer et al. (1999) verdeutlichen, dass unter den verschiedenen Formen sozialer Unterstützung besonders emotionale soziale Unterstützung (z.B. tägliche Umarmungen) mit geringerer Depression assoziiert war. Negative Interaktionen (z.B. Vorwürfe) korrelieren mit stärkeren depressiven Symptomen.

Es ist anzunehmen, dass der Großteil der Pflegenden von Krebserkrankten über diese Aufgabe hinaus andere Verpflichtungen und Herausforderungen bewältigen müssen. In der o.g. Studie von van Ryn et al. (2011) berichteten 19% der Befragten von zwei oder mehr Belastungen zusätzlich zur Pflege des Erkrankten. 49% waren darüber hinaus berufstätig, 32% in Vollzeit. 28% der berufstätigen Befragten gaben Schwierigkeiten an, die Pflege und den Beruf miteinander zu vereinbaren. Covinsky, Goldman und Cook (1994) postulieren, dass ein Fünftel der Familienangehörigen von schwer kranken Menschen ihre Berufstätigkeit aufgeben oder andere tiefgreifende Veränderungen der aktuellen Lebenssituation in Kauf nehmen müssen, um für den Angehörigen sorgen zu können. Ein Drittel berichtet vom Verlust aller Ersparnisse und schwerwiegenden finanziellen Problemen aufgrund des Wegfallens von Einkommen. Laut van Ryn et al. (2011) pflegten 21% der Studienteilnehmer\*innen zusätzlich noch mindestens eine weitere Person und ebenfalls 21% hatten schwerwiegende eigene Gesundheitsprobleme. Hier entsteht ein erhebliches Risiko für eine allostatische Reaktion, die langfristig negative Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit der Pflegenden haben kann (Bevans & Sternberg, 2012). Im Vergleich zu einer Stichprobe, die keine pflegerischen Aufgaben zu bewältigen hat, zeigten sich bei pflegenden Angehörigen im Sinne der Allostase psychologische und physiologische Effekte, die das Immunsystem beeinträchtigten und ein höheres Risiko für koronare Herzerkrankungen und frühen Tod bilden (Schulz & Beach, 1999). Besonders das Vorhandensein eigener gesundheitlicher Probleme führt zu einer massiven Belastung, die hohe Anforderungen an Partner\*innen richtet, die Lebensqualität reduzieren und Gesundheitsprobleme verstärken kann (Berg & Upchurch, 2007).

Das Ausmaß des psychischen und physischen Distress von Partner\*innen wird signifikant durch die vorhandenen Ressourcen derselben beeinflusst. Es zeigte sich, dass Partner\*innen mit ausgeprägten sozialen und materiellen Ressourcen und guten Copingstrategien weniger unter den Auswirkungen der Unterstützung der Erkrankten leiden als Partner\*innen mit wenigen oder schlechten Copingstrategien (Kim et al., 2007). Ein ausgeprägtes soziales Netzwerk und die möglichst umfassende Aufrechterhaltung des Alltags resultieren in geringerem Distress (Goldstein et al., 2004). Soziale Unterstützung der Partner\*innen führt zu einer verringerten Belastung und steigert die Lebensqualität (Lim, 2019; Senneseth et al., 2017). Hier lassen sich zudem Geschlechterunterschiede feststellen. Frauen weisen ein größeres soziales Netz auf als Männer, das sensibler und spezifischer auf deren Bedürfnisse eingehen kann. Männer erhalten den Großteil ihrer sozialen Unterstützung von ihren Ehefrauen und haben weniger Zugang zu den differenzierten Unterstützungssystemen, die Frauen haben. Bspw. mangelt es Männern häufig an emotionaler Unterstützung (Künzler, Hodgkinson, Zindel, Bargetzi & Znoj, 2011). Außerdem stellt sich heraus, dass Spiritualität und Glaube einen moderierenden Effekt auf die Wahrnehmung von Distress aufweisen (Ting, Lucette, Carver, Cannady & Kim, 2018). Partner\*innen mit geringen Ausprägungen in diesen Bereichen zeigen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen (Colgrove, Kim & Thompson, 2007).

Zusammenfassend lassen sich eine Vielzahl von Belastungen und Herausforderungen ermitteln, die Partner\*innen von Krebserkrankten bewältigen müssen. Partner\*innen wird häufig die Aufgabe zuteil, primärer praktischer und emotionaler Unterstützer von Erkrankten zu sein. Er/Sie ist Pflegende\*r und stellt einen nicht unerheblichen Anteil der medizinischen Versorgung sicher. Er/Sie teilt krankheitsbezogene Ängste und Sorgen mit dem/der Erkrankten und bemüht sich um dessen/deren emotionales Wohlergehen. Dabei ist es unumgänglich, dass er/sie die eigenen Gedanken und Emotionen funktional bewältigt, seine/ihre Bedürfnisse beachtet und seinen/ihren Alltag bestmöglich fortführt (Kayser & Scott, 2008).

Trotz der vielfältigen, plötzlich auftretenden Belastungen, denen Partner\*innen von Krebserkrankten ausgesetzt sind, entwickelt nur eine Minderheit dieser langfristig bestehende, klinisch auffällige, psychische Symptome und die Mehrzahl der Partner\*innen kann sich gut an die Gegebenheiten der Erkrankung anpassen und teilweise sogar positive Konsequenzen daraus ziehen (Hagedoorn, Kreicbergs & Appel, 2011).

## 2.6 Überblick über psychoonkologische Interventionen

In der psychoonkologischen Literatur findet sich eine Vielzahl an Interventionen, die zum Ziel haben, Distress zu reduzieren, Lebensqualität zu erhöhen, funktionales Coping zu fördern und partnerschaftliche Kommunikation zu stärken. Die Form der Interventionen lässt sich in die Bereiche Psychoedukation, kognitiv-behaviorale Trainings, supportive Gruppentherapien oder individuelle supportive Therapien, kategorisieren. Die Interventionen finden entweder direkt nach der Diagnose, direkt nach der ersten intensiven Behandlung (OP/Chemotherapie) oder in der Phase der verlängerten Behandlung oder Rehabilitation statt (Carlson et al., 2004). Studien zeigen, dass bspw. Psychoedukation besonders in der Phase direkt nach der Diagnose am wirksamsten ist, da hier hoher Informationsbedarf besteht (Blake-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb & Spiegel, 1999). Im späteren Verlauf sind supportive Gruppen von Vorteil, um die Krankheitsverarbeitung zu stärken. Kognitiv-Behaviorale Interventionen scheinen besonders während langer Behandlungsphasen, z.B. mehrfacher Chemotherapien und in der Rehabilitation wirksam zu sein (Beatty et al., 2018; Brebach, Costa, Rhodes & Butow, 2016; Carlson et al., 2004; Fawzy, Fawzy, Arndt & Pasnau, 1995; Hulbert-Williams, Beatty, Dhillon, 2018; Regan et al., 2012).

Zu Beginn der Entwicklung von psychoonkologischen Unterstützungsprogrammen wurde zunächst der Erkrankte in den Fokus gesetzt. Dabei standen vor allem Einzelgespräche während stationärer Aufenthalte und psychosoziale Gruppenangebote im Vordergrund. Kalter und Kollegen (2018) stellen in einer Meta-Analyse zum Effekt psychosozialer Unterstützungsangebote fest, dass Frauen, die eine regelmäßige Unterstützung in Form von Gruppenangeboten erhielten, eine deutliche Verbesserung in der Krankheitsverarbeitung und dem Schmerzmanagement beschrieben. Zudem berichten z.B. Spiegel, Kraemer, Bloom und Gottheil (1989) in einer ähnlichen Studie, dass Interventionen mit dem Fokus auf sozialer Unterstützung die Überlebenszeit fast verdoppelte.

Um die Kommunikation bei Paaren mit Krebs zu stärken und die Partnerschaftsqualität zu erhöhen, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Interventionsprogramme spezifisch für Paare entwickelt (Manne et al., 2019). Martire (2013) zeigt, dass die Einbeziehung von Partner\*innen einen signifikanten Einfluss in einer Vielzahl von Outcomes bei Erkrankten (Depression, Angst, Partnerschaftliche Zufriedenheit, Einschränkungen durch die Erkrankung und Sterblichkeitsrate) und bei Partner\*innen (Depression, Angst, Partnerschaftszufriedenheit und Belastung durch die Pflege und Unterstützung) hat. Chambers und Kollegen (2013) thematisieren in einem Review zu psychosozialen Interventionen bei Männern mit Prostatakrebs und deren Partnerinnen, dass besonders kognitiv-

verhaltenstherapeutische und psychoedukative Gruppenangebote für Erkrankte sowie Coping-Trainings für Partnerinnen eine Verbesserung der Lebensqualität nach sich ziehen. Badr und Krebs (2013) fassen in einem Review zu partnerschaftlichen Interventionsprogrammen bei Krebs kleine Effekte auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität sowohl für die Erkrankten ( $g = 0.25-0.31$ ) als auch die Partner\*innen ( $g = 0.21-0.24$ ) zusammen. Auch wenn diese Effekte nicht ausgeprägt sind, berichten teilnehmenden Paare dennoch häufig eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität und anderer psychosozialer Merkmale. Obwohl die untersuchten Studien die Verbesserung der psychischen Gesundheit fokussierten, zeigten sich die höchsten Effekte bei der Verbesserung der somatischen Symptomatik. Die Autoren diskutieren, dass die nur geringen Effektstärken auf die häufig fehlende theoretische und methodologische Fundierung der Interventionen zurückzuführen ist, da in diesem Arbeitsgebiet zu wenig Grundlagenforschung vorhanden ist. Sie bezeichnen den Großteil der untersuchten Studien als heterogen mit sehr unterschiedlichen Schwerpunkten, sodass eine gemeinsame Basis schwer zu erkennen war. Zudem wurde deutlich, dass die Studien die Rolle von Partner\*innen in der Intervention sehr unterschiedlich definierten. Studien, die Partner\*innen lediglich als Unterstützer einbezogen, erzielten bessere Effekte in den psychologischen Outcomes der Erkrankten als Studien, die Partner\*inne als aktives belastetes Mitglied in die Intervention integrierten. Manne et al. (2019) sind überzeugt, dass ein Programm zur Stärkung der partnerschaftlichen Intimität besonders bei belasteten Paaren mit Prostatakrebs die Öffnungsbereitschaft und Zugewandtheit beider Partner verstärkt. Hier wird jedoch kritisch diskutiert, dass auch der subjektive Distress durch die intensive Thematisierung belastender Emotionen und Sorgen steigt. Ein Review von Regan und Kollegen (2012) hatte ebenfalls zum Ziel, paarspezifische Interventionsangebote studienübergreifend hinsichtlich ihrer Outcomes zu bewerten. Sie zeigen, dass paarspezifische Angebote ähnliche Effektstärken aufweisen wie Angebote für Erkrankte bzw. Partner\*innen allein. Verbesserungen in der Kommunikationsfertigkeit, Abnahme des Distress und eine erhöhte Partnerschaftszufriedenheit bei Paarangeboten sind das Resultat. Scott, Halford und Ward (2004) beschreiben „Can-Cope“, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm für Paare mit Brust- oder gynäkologischem Krebs, das in einer RCT-Studie überprüft wurde. Hier wurden psychoedukative Elemente, Sexualberatung und ein Kommunikationstraining mit dem Ziel, adaptive partnerschaftliche Kommunikationsstrategien zu stärken, angeboten. Die Intervention zeigte positive Effekte auf die unterstützende partnerschaftliche Kommunikation und die partnerschaftliche Intimität, auf die Senkung von Distress und intrusiven negativen Gedanken und die Stärkung der sexuellen Identität und Körperwahrnehmung der Patientinnen. Die deutsche Adaption des Programms

durch Zimmermann, Heinrichs und Scott (2006) erzielten ebenfalls moderate bis große Effekte zum Post- und FU-Messzeitpunkt im Hinblick auf die individuellen Belastungen des Paares. Es konnten sowohl depressive Beschwerden reduziert als auch persönliche Stärken, Lebensqualität und posttraumatische Wachstumsprozesse gestärkt werden. Außerdem zeichnete sich ein positiver Effekt auf die Akzeptanz des eigenen Körperbildes ab. Eine Weiterentwicklung des Can-Cope Programms stellt das psychoonkologische Behandlungsprogramm für Paare „Seite an Seite“ (Heinrichs & Zimmermann, 2007) dar. Seite an Seite setzt sich das Ziel, die partnerschaftliche Kommunikation und die individuellen und partnerschaftlichen Copingstrategien zu trainieren, um dem Paar eine adaptive Krankheitsverarbeitung zu ermöglichen. In einer RCT-Studie wurde das Behandlungsprogramm in Hinblick auf seinen Einfluss auf krankheitsspezifischen Distress, Progredienzangst, posttraumatisches Wachstum, Kommunikationsfähigkeiten und individuelle und dyadische Copingfertigkeiten untersucht. Verglichen wurde mit einer Kontrollgruppe, der ein unspezifisches Informationsgespräch angeboten wurde. „Seite an Seite“ zeigte gute Effekte bzgl. der Reduktion von Progredienzangst, Vermeidungsverhalten sowie der Steigerung von posttraumatischem Wachstum, Kommunikationsfähigkeiten und dyadischen Copingfähigkeiten. Bezüglich des krebsspezifischen Distress stellten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe ein, außerdem verloren sich die Effekte nach 16 Monaten.

Baucom et al. (2009) beschreiben eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention für Paare bei Brustkrebs, die die Partnerschaftsqualität erhöhen und gemeinsame adaptive Bewältigungsstrategien stärken soll. Die Intervention beinhaltet ein Kommunikationstraining, das auf krebsspezifische Themen zugeschnitten ist und die Äußerung von Wünschen, Gefühlen und Bedürfnissen stärken soll. Es zeigten sich positive Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und die partnerschaftliche Funktionsfähigkeit beider Partner. Außerdem gab es Hinweise, dass die Partnerinnen weniger somatische Symptome aufgrund der Erkrankung und Behandlung berichten. Baucom et al. (2009) postulieren, dass paarspezifische Interventionen dringend individuell an die aktuellen Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst werden sollen, um möglichst große Effekte zu erzielen. Auch Badr und Kollegen (2016) bekräftigen diese Aussage, indem sie angeben, dass in paarspezifischen Interventionen vorrangig die bereits vorhandenen intradyadischen Kommunikationsstrategien der Paare exploriert und gestärkt werden sollten. Mowll und Kollegen (2015) berichten von ihren Erfahrungen mit einem paarfokussierten Programm für palliative Behandlungssituationen. Sie beschreiben die Notwendigkeit, in der Intervention thematisierte Sorgen ausführlich und zur beiderseitigen Zufriedenheit zu lösen. Dazu müsse jedoch zeitweise von der vorgeschriebenen Struktur



abgewichen werden. Dann bestehe jedoch das Dilemma, dass individuell angepasste Programme die Effektivitätsanalysen erschweren.

Die vorliegenden Studien zeigen unterschiedliche Effekte auf die verschiedenen Outcomes, jedoch wird studienübergreifend deutlich, dass psychoonkologische Interventionen medizinische Behandlungskosten verringern können (Behrend & Küchler, 2010; Carlson & Bultz, 2003; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002). Dieng und Kollegen (2016) diskutieren in einem Review die Implementierung von psychosozialen Interventionen unter ökonomischen Gesichtspunkten und fassen zusammen, dass die untersuchten Interventionen (Psychoedukation, psychologische Unterstützung etc.) als kosteneffektiv angesehen werden können, da sie direkte und indirekte Kosten der Erkrankung senken können. Simpson, Carlson und Trew (2001) stellen fest, dass die Kosten für das Gesundheitssystem durch psychosoziale Unterstützungsangebote bei Brustkrebspatientinnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe um bis zu 25% sinken können. Auch Chiles, Lambert und Hatch (1999) bestätigen in einem Review, dass die Kosten für psychosoziale Angebote nahezu 20% der medizinischen Kosten reduzieren können. Dieng et al. (2016) merken jedoch kritisch an, dass die wenigsten Interventionsstudien einen ökonomischen Schwerpunkt haben, sodass wertvolle Argumente zur langfristigen Implementation von umfassenden psychosozialen Angeboten fehlen.

Die Literaturrecherche zu strukturierten psychosozialen Unterstützungsprogrammen, die sich auf Partner\*innen und Angehörige spezialisieren, ergab im Gegensatz zu den dyadischen Interventionen nur wenige Treffer. Cochrane und Lewis (2005) merken in einem Review an, dass zwischen 1966 und 2004 nur vier Studien die Kriterien für eine Intervention, die Partner\*innen fokussiert und eine ausreichende methodische Güte aufweist, erfüllen. Sie beschreiben tiefgehende methodische Einschränkungen und kritisieren, dass keine spezifischen Messinstrumente zur Erfassung des Distress der Partner\*innen genutzt wurden. Die eingeschlossenen Studien berichten positive Effekte auf die Lebensqualität und den krebspezifischen Distress. Aktuelle Untersuchungen bestätigen die Kritik von Cochrane und Lewis (2005). Ugalde et al. (2018) ermitteln in einem Review nur 26 Studien, die Partner\*innen inkludieren und grundsätzliche Ausschlusskriterien erfüllen. Davon berichtet nur die Hälfte aller Paper von Effekten auf Partner\*innen und nur zwei Studien berichten, dass Partner\*innen aktiv in der Intervention fokussiert werden. Sie merken kritisch an, dass Interventionen für bzw. mit Partner\*innen der Erkrankten deutliche methodische Mängel aufweisen und keine Hinweise auf die Umsetzung der Interventionen in die Praxis gegeben werden. Ein 2019 veröffentlichtes Review zu Interventionen für Partner\*innen Krebserkrankter schließt lediglich neun Studien in die Analysen ein (Kleine, Hallensleben, Mehnert, Hönig & Koch, 2019).

Northouse und Kollegen (2012) ermittelten in einer Meta-Analyse lediglich 29 randomisiert kontrollierte Studien zwischen 1983 und 2009, wovon die meisten im Beisein der Erkrankten stattfanden. Sie identifizierten drei Formen psychosozialer Unterstützungsangebote (Psychoedukation, Skills-Training, therapeutische Gespräche) und fassen kleine bis moderate Effekte auf den krebsinduzierten Distress, die Krankheitsverarbeitung, Selbstwirksamkeit und Lebensqualität zusammen. Sherwood und Kollegen (2012) schulten Partner\*innen in ihren Fertigkeiten im Umgang mit pflegerelevanten Aufgaben wie dem Schmerzmanagement, der Prävention von Infektionen etc.. Der Distress der Partner\*innen wurde nicht direkt thematisiert, der Fokus lag darauf den Partner\*innen im Umgang mit den medizinischen Bedürfnissen des Erkrankten zu schulen. Sie stellen eine signifikant verstärkte Selbstwirksamkeit im Gegensatz zur Kontrollgruppe fest. Ein Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Partner\*innen konnte nicht abgebildet werden. Auch andere Interventionsstudien beziehen sich eher auf spezifische Problemlösestrategien (Cameron, Shin, Williams & Stewart, 2004; Toseland et al., 1995) als auf die psychosoziale Unterstützung der Partner\*innen. Meyers und Kollegen (2011) untersuchten eine Intervention mit dem Fokus auf Problemlösen an Paaren bei Krebs und fanden nur marginale Verbesserungen in der Lebensqualität der Partner\*innen. Hendrix, Landermann und Abernathy (2013) bestätigten in einer Studie zu Problemlösekompetenzen für Partner von Krebserkrankten die Ergebnisse von Sherwood und Kollegen (2012), dass zwar die Selbstwirksamkeit in der Pflege von Erkrankten steigt, jedoch keine Effekte auf die emotionale Belastung erkennbar sind.

Bultz, Specia, Brasher, Geggie und Page (2000) ermittelten in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Effekte einer psychoedukativen Gruppe mit Fokus auf dyadische Unterstützung an 36 Partner\*innen. Sie berichten in einem 3-Monats-Follow Up signifikant weniger Stimmungsschwankungen bei den Partner\*innen und den zugehörigen Erkrankten.

McMillan und Kollegen (2006) beschreiben in einer randomisiert kontrollierten Studie eine Intervention, die die Copingfähigkeiten von Paaren bei terminalen Erkrankungen stärken soll. Das Training soll den kreativen Umgang mit Herausforderungen fördern, eine optimistische Denkweise stärken, Planungskompetenzen entwickeln und die Inanspruchnahme von professionellen Ansprechpartnern fördern. Die Forschergruppe resümiert eine Verbesserung der Lebensqualität und reduziertem Distress im Zusammenhang mit praktischen Herausforderungen.

Cohen und Kuten (2006) entwickelten ein kognitiv-behaviorales Gruppenangebot für Angehörige von Krebserkrankten. Sie berichten eine deutliche Verbesserung der Krankheitsverarbeitung, weniger Schlafstörungen und eine Verringerung der

krankheitsspezifischen Belastung in der Experimentalgruppe. Sie veröffentlichen einen reliable change index von 30.8% in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu 3.9% in der Kontrollgruppe in Bezug auf die Reduktion des Distress der Teilnehmer\*innen.

Senneseth und Kollegen (2017) ermittelten Effekte eines Programms für Partner\*innen von Krebserkrankten, die zusätzlich minderjährige Kinder versorgen mussten. Die Forscher bemühten sich hierbei vor allem um die Stärkung des sozialen Netzwerkes von gesunden Partner\*innen. In dieser Intervention wurde zunächst eine von Psychologen geführte Sitzung abgehalten in der die Partner\*innen psychoedukativ über krankheitsspezifischen Distress, Copingstrategien und Methoden der sozialen Unterstützung informiert wurden. Anschließend wurden sie darin geschult, gezielte Unterstützung in ihrem bereits vorhandenen sozialen Netzwerk einzufordern, Bedürfnisse und Wünsche offen zu kommunizieren und neue Wege zu finden, das soziale Netz zu erweitern und zu stärken. Es wurden signifikant positive Effekte in der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung berichtet.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass kaum methodisch einwandfreie Studien vorliegen, die Interventionen für Partner\*innen von Krebserkrankten vorstellen. Kleine und Kollegen (2019) merken an, dass strukturelle und methodische Mängel für die geringe Qualität und die fehlende Wirksamkeit der Studien verantwortlich sind. Häufig werden Paare in Studien inkludiert die gerade erst diagnostiziert wurden und/oder ein frühes Krankheitsstadium aufweisen und noch keinen langfristigen Distress erlebt haben. Dadurch entstehen Deckeneffekte, die die Wirksamkeit der Intervention verzerrt. Sie berichten außerdem von großen Schwierigkeiten in der Akquise, da Partner\*innen aus zeitlichen und emotionalen Gründen einer Intervention gegenüber skeptisch sind. Die Forschergruppe fasst zusammen, dass eine Veränderung der Struktur und Herangehensweise mit Fokus auf spezielle Akquisemethoden und Durchführungsmodalitäten, bestimmte Diagnosegruppen, Krankheitsstadien und besondere Bedürfnisse der Partner\*innen die Effektivität der Interventionen verbessern könnte. Cochrane und Lewis (2005) merken kritisch an, dass obwohl die Forschung deutlich zeigt, dass Partner\*innen hoch belastet sind, kaum deskriptive Beschreibungen der Belastungen vorhanden sind aus denen Interventionen entwickelt werden könnten. Sie befürworten eine intensive inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Distress in Bezug auf Partner\*innen von chronisch Erkrankten, um ein Fundament für zukünftige Interventionen zu bieten.

## **2.7 Entwicklung und Pilotierung des Fragebogens zur Belastung von Partner\*innen Krebserkrankter (FBK-P; Zimmermann et al., in Vorbereitung)**

**2.7.1 Entwicklung des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung).** Die Diagnose einer Tumorerkrankung trifft die Erkrankten im Mittel in einem Alter zwischen 25 und 65 Jahren (Robert-Koch-Institut, 2010). Eine umfassende Analyse im Auftrag der Konrad Adenauer Stiftung fasst zusammen, dass feste Partnerschaften bzw. Ehen in dieser mittleren Lebensspanne die vorherrschende Lebensform darstellen (Schneider, Sulak & Panova, 2019). Diese Aussage wird unter anderem durch eine amerikanische Studie unterstützt, in der von 688.794 Krebserkrankten 387.655 Personen (60%) verheiratet waren (Grant et al., 2015). Die Tumorerkrankung eines Menschen betrifft ihn also meist nicht allein, sondern hat Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit seines partnerschaftlichen oder familiären Systems (Baider & Kaplan De-Nour, 2000). In der stetig fortschreitenden Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Krebserkrankten und deren Angehörigen existiert im deutschsprachigen Raum bis dato kein umfassend psychometrisch geprüftes Messinstrument, das den krebspezifischen Distress der Partner\*innen von Erkrankten erfasst. Eine Forschergruppe bemühte sich 1992 um ein englischsprachiges Messinstrument (caregiver reaction assessment), welches die generelle Belastung von inoffiziellen Pflegenden von Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen erfassen sollte (Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland & Cox, 1999). Sie entwickelten ein mehrfaktorielles Modell, das in wiederholten psychometrischen Überprüfungen nur ausreichend gute Testgütekriterien aufwies, nur an kleinen Stichproben geprüft und in der Forschung und klinischen Versorgung nach dem Kenntnisstand der Autorin kaum Relevanz hat. Außerdem fand keine Fokussierung auf die Partner\*innen der Erkrankten statt. Aus diesem Grund wurde sich gegen eine mögliche Übersetzung und Überprüfung dieses Instrumentes im deutschsprachigen Raum entschieden, mit dem Ziel, theoriegeleitet ein neues Instrument zu entwickeln. Der Zweck des Verfahrens sollte darin bestehen, sowohl im wissenschaftlichen als auch im Versorgungskontext die Belastung der Partner\*innen differenzieren zu können und ggf. psychosozialen Unterstützungsbedarf festzustellen.

Die Entwicklung des Fragebogens orientierte sich streng an den Vorgaben zur Testkonstruktion von Bühner (2011). Zunächst wurde in der analytisch-empirischen Anforderungsanalyse die Problemstellung erfasst. Die Problemstellung beschreibt die Frage, die mit dem neu zu entwickelnden Fragebogen erhoben werden soll. Als Problemstellung wurde die „quantitative Erfassung des krebspezifischen Distress von Partner\*innen von

Krebserkrankten“ definiert. Anhand einer umfangreichen Literaturrecherche und ausführlichen Diskussionen mit Experten (Prof. Dr. Tanja Zimmermann, Prof. Dr. Nina Heinrichs, Prof. Dr. Peter Herschbach) wurden zu erfassende Merkmale eingegrenzt und eine deduktive, theoriegeleitete Itemkonstruktion fand statt. Zudem wurden auf Basis der rationalen Fragebogenkonstruktion Items aus dem bereits vorhandenen und mehrfach psychometrisch überprüften Fragebogen zur Belastung Krebskranker (FBK; Herschbach, Marten-Mittag & Henrich, 2003) übernommen und inhaltlich angepasst. Eine Kategorisierung und Definition der zu erwartenden Merkmalsbereiche und die Zuordnung der Items konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht stattfinden, da die Literatur in der Beschreibung der Merkmale zu undifferenziert und komplex war, um klare Kategorienbeschreibungen zugrunde zu legen. Es wurde dementsprechend ein exploratives Vorgehen gewählt, in der die Definition der Merkmalsbereiche nach der explorativen Faktorenanalyse erfolgen sollte. Es wurde angenommen, dass die Belastung der Partner\*innen mehrdimensional abzubilden ist. Anschließend wurde ein erster Testentwurf entwickelt, dessen Ziel es war, die Belastungsbereiche der Befragten erstmalig quantitativ zu erfassen. Der erste Entwurf enthielt 53 Items, die psychische, soziale und partnerschaftliche Belastungsbereiche abfragte. Als Aufgabenformat wurde in Anlehnung an den FBK (Herschbach et al., 2003) eine fünfstufige Likert-Skala (0 = trifft nicht zu – 5 = trifft zu und belastet mich sehr stark) verwendet, wobei der Antwortende sowohl eine Entscheidung bezüglich des Zutreffens des Items macht als auch deren Belastung einschätzt. Abbildung 3 zeigt eine schematische Darstellung der bisherigen Schritte zur Generierung des Fragebogens.

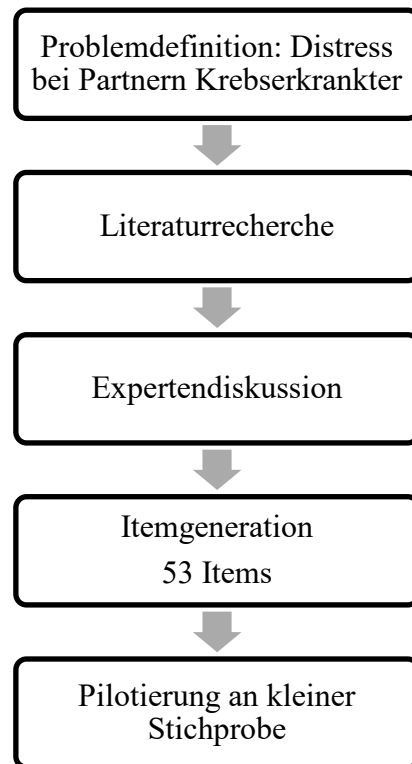


Abbildung 3. Schematische Darstellung der bisherigen Fragebogenentwicklung.

**2.7.2 Ergebnisse der Pilotierung des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung).** Im Anschluss an die Entwicklung des Messinstrumentes folgte in 2012 eine Pilotierung mit einer ersten psychometrischen Analyse des Testentwurfs an einer kleinen Stichprobe von  $N = 233$  Probanden dessen Partner\*innen an Krebs erkrankt sind. Die statistischen Analysen beinhalteten eine Verteilungs- und Itemanalyse. Für die Itemanalyse wurden die Indizes Trennschärfe, Itemschwierigkeit und Homogenität betrachtet. Anhand dieser Werte wurde eine Itemselektion vorgenommen. Ziel war es, sowohl unter methodischen als auch inhaltlichen Gesichtspunkten die Items zu identifizieren, die möglichst gut zwischen den Probanden diskriminieren. Darüber hinaus wurden Items mit inhaltlichen Dopplungen aus dem Itempool entfernt, um ein möglichst ökonomisches Messinstrument zu entwickeln. Die durchgeführten Analysen ergaben eine Itemreduktion auf 23 Items (Kopsch, 2012).

Außerdem wurde in diesem Zusammenhang die Faktorenstruktur des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) ermittelt. Aufgrund des umfassenden Belastungsspektrums, welchem Partner\*innen Krebserkrankter ausgesetzt sind, wurde im Vorfeld der Untersuchung postuliert, dass der Fragebogen mehrfaktoriell abzubilden ist. Eine explorative Maximum-Likelihood-Faktorenanalyse mit Varimax Rotation wurde durchgeführt. Für die untersuchte Stichprobe ergab sich eine dreifaktorielle Struktur des Fragebogens und die

Hypothese konnte demnach bestätigt werden. Die Skalen „*allgemeiner psychischer Distress*“, „*Progredienzangst*“ und „*partnerschaftlicher Distress*“ wurden definiert und hinsichtlich ihrer latenten Merkmale beschrieben.

Die Skala „*allgemeiner psychischer Distress*“ beschreibt mit neun Items psychische Aspekte krebssbedingter Belastung. Sie umfasst Symptome einer depressiven Erkrankung wie Niedergeschlagenheit und Antriebsmangel. Außerdem beinhaltet die Skala Konsequenzen einer dauerhaften psychischen Belastung wie Überforderung, Konzentrationsprobleme, Schlaflosigkeit, Erschöpfung oder psychosomatische Beschwerden. Bsp.: „*Durch die/ seit der Erkrankung meines Partners/meiner Partnerin kann ich mich schwer zu Tätigkeiten aufraffen.*“ oder „*Durch die/ seit der Erkrankung meines Partners/meiner Partnerin fühle ich mich erschöpft.*“

Die zweite Skala „*Progredienzangst*“ wird von 10 Items beschrieben. Sie betrifft Sorgen bezüglich des Fortschreitens oder der Verschlechterung der Erkrankung. Bsp.: „*Ich habe Angst, dass mein Partner/meine Partnerin durch die Erkrankung stirbt.*“, „*Ich habe Angst vor einer Ausweitung/dem Fortschreiten der Erkrankung meines Partners/meiner Partnerin.*“ oder „*Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung ist/war schwer zu ertragen.*“.

Die dritte Skala „*partnerschaftlicher Distress*“ erfragt anhand von vier Items körperliche Nähe, Kommunikationsverhalten und Stabilität der Partnerschaft. Bsp.: „*Durch die/seit der Erkrankung meines Partners/meiner Partnerin ist unsere Beziehung problematischer geworden.*“ oder „*Durch die/seit der Erkrankung meines Partners/meiner Partnerin verschließt sich mein Partner vor mir.*“ definiert und beschreibt dysfunktionale partnerschaftliche Muster im Umgang mit der Erkrankung.

Die Reliabilitätsanalysen ergaben für die o.g. Skalen gute bis sehr gute Kennwerte („*allgemeiner psychischer Distress*“  $\alpha = .93$ ; „*Progredienzangst*“  $\alpha = .90$ ; „*Partnerschaftlicher Distress*“  $\alpha = .83$ ) für die Pilotierungsstichprobe. Die hohen internen Konsistenzen der Skalen weisen darauf hin, dass die zu messenden Konstrukte zuverlässig erfasst wurden.

In der Analyse der Konstruktvalidität zeigten sich hohe Korrelationen mit konstruktnahen Skalen. Eine hohe Korrelation der Skalen „*allgemeiner psychischer Distress*“ und „*Progredienzangst*“ mit der HADS-D, der depressive und ängstliche Verstimmungen in der Allgemeinmedizin erfragt (Petermann, 2015), lässt die Annahme zu, dass der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) tatsächlich psychische Belastungen im onkologischen Kontext misst.

Die Kriterien zur Testentwicklung fordern im Anschluss an eine erstmalige Überprüfung eines Testentwurfs eine Revision desselben, anhand derer das Instrument erneut psychometrisch geprüft und ggf. hinsichtlich relevanter Kennwerte verbessert werden soll. Im Rahmen dessen sei eine Definition der Cut-Off Werte des Verfahrens wünschenswert (Bühner, 2011). Die vorliegende Arbeit hat dementsprechend zum Ziel, die Analysen der Pilotierung zu replizieren bzw. zu vertiefen um somit die Generalisierbarkeit der psychometrischen Kennwerte des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) zu erhöhen.

### **3 Fragestellung**

Aus den wissenschaftlichen Studien im Forschungsbereich Psychoonkologie lässt sich zusammenfassen, dass eine Tumorerkrankung in neueren multimodalen Behandlungskonzepten schon seit einiger Zeit nicht mehr als Erkrankung eines Einzelnen angesehen werden kann. Vermehrt werde auch Partner\*innen in die Behandlung, besonders im psychosozialen Bereich, einbezogen (Singer et al., 2009). Je stärker die Dyade in den Fokus rückt, desto deutlicher werden die ausgeprägten und vielfältigen Belastungen, die auch oder vor allem die nicht erkrankten Partner\*innen betreffen (Dumont et al., 2006; Hagedoorn et al., 2008; Lambert et al., 2013; Langer et al., 2003). Manne et al. (2004) postulieren, dass Erkrankte mit psychisch stabilen Partner\*innen eine signifikant geringere Belastung erleben als Erkrankte mit Partner\*innen die unter hohem Distress leiden. Psychisch gesunde Partner\*innen sind in der Lage, adäquate emotionale und praktische Unterstützung zu leisten und die funktionale Krankheitsverarbeitung von Erkrankten deutlich zu stärken. Demzufolge sollte seine/ihre psychische und physische Gesundheit ebenso betrachtet und ggf. mit Interventionen erhalten bzw. gefördert werden. Zudem sind Partner\*innen als eigenständige Individuen zu sehen, das Belastungen erleben und somit auch unabhängig von der Unterstützerfunktion betrachtet und ggf. behandelt werden sollten (Fletcher et al., 2012; Stenberg et al., 2010). Aufgrund der Vielfältigkeit der möglichen Belastungen ist der fallspezifische notwendige Unterstützungsbedarf häufig nur schwer zu erfassen. Die vorliegende Arbeit sollte eine differenzierte Erfassung von krebsspezifischen Distress fördern. Die Erfassung erfolgte auf quantitativer Ebene mithilfe des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) und auf qualitativer Ebene anhand einer Befragung der Partner\*innen zu ihren Belastungen und Ressourcen im Krankheitsverlauf. Aufgrund der methodischen Vielfalt in der Datenerhebung konnten umfassende Informationen zu verschiedensten Teilbereichen des krebsspezifischen Distress gesammelt werden. Die Arbeit verfolgt das Ziel, sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Daten auszuwerten und kritisch zu reflektieren, Zusammenhänge zu erschließen



und Implikationen für die wissenschaftliche und praktische Arbeit in der Psychoonkologie abzuleiten. Folgende spezifische Fragestellungen sollen dadurch beantwortet werden.

*Fragestellung 1.* Krebsinduzierte Stressoren sind häufig sehr facettenreich und bilden eine Vielzahl von Belastungsbereichen ab (vgl. Mehnert & Koch, 2008). Die Notwendigkeit, ein psychometrisch geprüftes Verfahren zu entwickeln, zeigt sich darin, dass bisher bekannte Selbstbeurteilungsinstrumente psychische Symptome und Syndrome zwar abdecken (Fletcher et al., 2012), die darüber hinaus möglicherweise vorhandenen Belastungsbereiche in dieser spezifischen Situation jedoch nicht adäquat erfragt werden. Wissenschaftlich fundierte, deutschsprachige Messinstrumente, die diesen speziellen Belastungsbereich erfassen, sind der Autorin bis dato nicht bekannt. Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) soll diese Lücke schließen und die vorhandenen Stressoren differenziert erfassen. Jedoch stellt nur ein reliables Messinstrument eine Bereicherung für die wissenschaftliche und praktische Arbeit mit Angehörigen von Krebserkrankten dar. Die erste Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich auf die Überprüfung der Ergebnisse der 2012 erfolgten Pilotierung des FBK-P (Kopsch, 2012; Zimmermann et al., in Vorbereitung) anhand der aktuellen, wesentlich größeren Stichprobe. Eine erneute Berechnung mit identischen Ergebnissen hinsichtlich der Faktorenstruktur spricht für eine stabile und reliable Erfassung des zu messenden Konstrukts (Bühner, 2011). Damit soll die Generalisierbarkeit der psychometrischen Variablen des Messinstruments erhöht werden. Die erste Fragestellung lautet demnach:

- 1 Lassen sich die Ergebnisse bezüglich der psychometrischen Prüfung aus der Pilotierung des FBK-P (Kopsch, 2012; Zimmermann et al., in Vorbereitung) replizieren?

Die Pilotierung (Kopsch, 2012) des Fragebogens ergab gute bis sehr gute Kennwerte in der Analyse der psychometrischen Indizes Trennschärfe, Itemschwierigkeit und Homogenität. In der aktuellen Untersuchung werden Kennwerte erwartet, die denen der ersten Analyse von 2012 entsprechen. Es wird angenommen, dass die Trennschärfen im mittleren bis hohen Bereich und mittlere Schwierigkeitsindizes vorliegen. Bezüglich der Homogenität wird eine mittlere Korrelation zwischen Items der gleichen Skala und eine geringe Korrelation zwischen Items fremder Skalen erwartet. Daraus ergibt sich folgende Hypothese:

1.1 Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) weist in einer erneuten psychometrischen Prüfung hinsichtlich der Itemkennwerte ähnlich zufriedenstellende Ergebnisse wie in der erstmaligen Analyse (Kopsch, 2012) auf.

Anhand der aktuellen Stichprobe soll die von Kopsch (2012) postulierte dreifaktorielle Faktorenstruktur des Fragebogens (Zimmermann et al., in Vorbereitung) mithilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse erneut überprüft werden. Die Faktorladungen zeigten neun Items auf der Skala „*allgemeiner psychischer Distress*“, zehn Items auf der Skala „*Progredienzangst*“ und vier Items auf der Skala „*partnerschaftlicher Distress*“. In der ersten Untersuchung (Kopsch, 2012) ergab die Reliabilitätsanalyse für die einzelnen Skalen des Fragebogens gute bis sehr gute Kennwerte. Eine ähnlich gute interne Konsistenz wird auch für die aktuelle Stichprobe erwartet. Replizierbare Ergebnisse weisen auf eine feste Faktorenstruktur hin und lassen generalisierbare Aussagen zu. Die Glaubwürdigkeit des Messinstruments wird erhöht (Open Science Collaboration, 2012). Daraus ergibt sich die folgende Hypothese:

1.2 Die dreifaktorielle Struktur des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) lässt sich anhand der aktuellen Stichprobe replizieren und die Skalen weisen gute interne Konsistenzen auf.

In der ersten Validitätsanalyse (Kopsch, 2012) wies der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) im Sinne einer Multitrait-Multimethod-Analyse gute Ergebnisse auf. Zur grundsätzlichen Erfassung der Konstruktvalidität sollen erneut Analysen zur diskriminanten und konvergenten Validität erfolgen. Im Vergleich zur ersten Validierung des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) wurden neue Selbstbeurteilungsinstrumente zur Analyse herangezogen, um studienübergreifend eine möglichst hohe Anzahl an Instrumenten zur Analyse verwendet zu haben. Für die aktuelle Studie wurden das NCCN Distress Thermometer (Mehnert, Müller, Lehmann & Koch, 2006), der Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), der Generalized Anxiety Disorder Fragebogen (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006), das Short Form Health Survey (SF-8; Ware, Kosinski, Dewey & Gandek, 2001) und das Dyadische Coping Inventar (DCI, Bodenmann, 1997) als Referenzinstrumente verwendet. Es werden hohe Korrelationen mit dem NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006), PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) und GAD-7 (Spitzer et al., 2006) erwartet, die die konvergente Validität stützen sollen. Die Korrelationen

mit den Skalen *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* des SF-8 (Ware et al., 2001) und den Skalen des DCI (Bodenmann, 1997) *eigenes supportives dyadisches Coping* und *gemeinsames dyadisches Coping* sollten möglichst gering oder negativ ausfallen, um die diskriminante Validität zu bestimmen. Daraus lässt sich die folgende Hypothese ableiten:

- 1.3 Die Analysen zur konvergenten und diskriminanten Validität des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) ergeben hohe Korrelationen mit konstrukt-nahen und niedrige Korrelationen mit konstrukt-fernen Selbstbeurteilungsinstrumenten.

*Fragestellung 2.* Die zweite Fragestellung bemüht sich, der immer stärker werdenden Nachfrage nach ökonomischen Kurzformen oder Screeningvarianten von Messinstrumenten (AWMF, 2014; Brähler, Mühlan, Albani & Schmidt, 2007) zu folgen. Aufgrund der hohen Patientendichte bspw. in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen werden verstärkt kurze Messinstrumente eingesetzt, weshalb aus Akzeptanz und Kostengründen eine ökonomische Handhabung unumgänglich ist (Thomas, Brähler & Strauß, 2011). Nakaya et al. (2010) diskutieren, dass ein Screeninginstrument für Partner\*innen von Krebserkrankten sehr sinnvoll sei, um rechtzeitig psychosozial intervenieren zu können und so der Entwicklung einer schweren psychischen Erkrankung von Partner\*innen als Folge der Krebserkrankung von Patient\*innen vorzubeugen.

Ziel ist die Reduktion der Items je Skala, um höchstmögliche Ökonomie bei weiterhin aussagekräftigen Items zu erreichen. Zahlreiche neu entwickelte Kurzformen von Messinstrumenten bestätigen den Trend, Items zu reduzieren, um im Rahmen einer interdisziplinären Versorgung von Erkrankten aussagekräftige Ergebnisse auf ökonomische Weise zu erreichen (Brähler, Mühlan, Albani & Schmidt, 2007; Thomas et al., 2011). Besonders im medizinischen Kontext fällt auf, dass Fragebögen zur Erfassung von Patientengesundheit wie der PHQ-9 (9 Items; Kroenke et al., 2001) oder die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D = 14 Items; Petermann, 2015) Kurzformen haben, bzw. von vornherein kurzgehalten sind. Für den FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) wird eine einstellige Itemanzahl angestrebt. Daraus leitet sich die folgende Fragestellung ab:

- 2 Lässt sich eine valide, reliable Kurzform des Messinstruments entwickeln?

Um die Kurzform des FBK-P (FBK-P-KF; Zimmermann et al., in Vorbereitung) als Screeninginstrument verwenden zu können, ist die Festlegung eines Cut-Off Wertes

unabdingbar. Der Cut-Off Wert zeigt an, ob die im Selbstbericht erfassten Aussagen für einen auffälligen, möglicherweise behandlungsbedürftigen Distress sprechen. Die Definition eines Cut-Offs ermöglicht somit eine ökonomische Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit des Befragten aufgrund der angegebenen Belastung (Seelmann, Carna & Sparer, 2011). Der Cut-Off soll sowohl für die Lang- als auch die Kurzform des Fragebogens festgelegt werden. So können beide Messinstrumente als Grundlage zur Einschätzung des Distress herangezogen werden und eine bessere Interpretation der Ergebnisse wird gewährleistet. Es ergibt sich folgende Fragestellung:

## 2.1 Welche Cut-Off Werte weisen die Varianten des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) auf?

*Fragestellung 3.* Die vorliegende Arbeit hat das vorrangige Ziel, den FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) psychometrisch erneut zu überprüfen, um ihn zu einem attraktiven Instrument für die zukünftige psychoonkologische Wissenschaft und klinische Versorgung zu machen. In dieser Arbeit soll anhand des Fragebogens außerdem ein erster inhaltlicher Beitrag zur psychoonkologischen Forschung geleistet werden. Die wissenschaftliche Literatur bietet teilweise widersprüchliche Ergebnisse bzgl. des Einflusses demografischer Variablen auf die subjektive Belastung. Besonders im Hinblick auf demografische Variablen wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand werden gegensätzliche Forschungsergebnisse berichtet (Dumont et al., 2006; Goldzweig et al., 2019; Hannum et al., 1991; Hagedoorn et al., 2000; Hagedoorn, et al., 2008; Kim, Mitchell & Ting, 2019; Lewis et al., 2008; Zwahlen et al., 2010). Um einen Beitrag zur Klärung zu leisten, soll diese Arbeit die abschließende Fragestellung beantworten:

## 3 Welche Prädiktoren können eine hohe krebsspezifische Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten voraussagen?

*Fragestellung 4.* Die vorliegende Arbeit beinhaltet eine umfangreiche qualitative Analyse von Distress und Ressourcen, die Befragte in einem offenen Antwortformat benannt haben. Qualitative Daten haben den entscheidenden Vorteil, dass sie aufgrund ihres offenen Antwortformates eine wesentlich größere Bandbreite an Informationen liefern als fest formulierte Fragen mit vorgegebenem Antwortformat. Quantifizierbare und ökonomisch zu erfassende Daten sind für die wissenschaftliche Forschung unabdingbar, jedoch wird dadurch

die Komplexität des menschlichen Empfindens nicht ausreichend dargestellt. Methodisch korrekt ausgewertete qualitative Daten können eine unschätzbar wertvolle Grundlage zum besseren Verständnis eines Konstrukts und zur Entwicklung von Interventionen diesbezüglich beitragen. Da das Ziel dieser Arbeit die möglichst lückenlose Erfassung des Distress von Partner\*innen Krebserkrankter ist, ist eine Analyse der offenen Aussagen der Befragten außerordentlich wertvoll. Dies wird bestätigt durch die Forderung von Cochrane und Lewis (2005) nach deskriptiven Beschreibungen der Belastungen von Partner\*innen aus denen Interventionen entwickelt werden könnten. Die qualitativen Daten werden schrittweise nach den Vorgaben zur qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2015) ausgewertet, um Kategoriencluster zu erstellen, welche Vergleiche und weiterführende Analysen zulassen. Die Inhaltsanalyse soll zunächst einen möglichst umfassenden Überblick über die subjektive Wahrnehmung der Partner\*innen hinsichtlich ihrer Distressfaktoren und Ressourcen im Erkrankungsverlauf erlauben. Diese kategorisierten Informationen bieten zum einen eine umfangreiche Informationsquelle für Fachpersonal, das mit dem betreffenden Klientel arbeitet und professionell auf die vielfältigen Belastungen eingehen möchte. Zum anderen lassen sich daraus wertvolle Implikationen für die Entwicklung psychosozialer Unterstützungsangebote ziehen, die die klinische Versorgung von Angehörigen von Krebserkrankten zukünftig verbessern könnten. Es ergibt sich folgende Fragestellung:

- 4 Welche krebsinduzierten Distressfaktoren und Ressourcen werden von betroffenen Partner\*innen genannt?

Um differenziertere Aussagen zu Distress und Ressourcen treffen zu können, sollen Subgruppen gebildet und analysiert werden. Ziel ist es, signifikante Unterschiede in der Nennung der qualitativen Kategorien zu eruieren. Eine große qualitative Analyse, die Distress und Ressourcen erfasst und gleichzeitig Geschlechter- und Belastungsunterschiede untersucht ist der Autorin bis dato nicht bekannt. Dazu werden das Geschlecht der Befragten und deren Ausmaß an Belastung herangezogen. Die aktuellen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse sind sehr widersprüchlich, was Geschlechterunterschiede bezüglich des wahrgenommenen Distress angeht (Hagedoorn, et al., 2008; Leiber et al., 1976; Pitceathly & Maguire, 2003). Häufig wird postuliert, dass Frauen eine deutlich stärkere Belastung durch Krebs erleben und dadurch auch vulnerabler für die Entwicklung eines hohen Distress und langfristiger psychischer Erkrankungen sind (Badger & Segrin, 2018). Demgegenüber stehen jedoch Untersuchungen, die behaupten, dass keine Geschlechterunterschiede vorliegen, bzw. diese

unter Berücksichtigung der Krebsart, des Erkrankungsstadiums, der Partnerschaftsqualität etc. mit Vorsicht interpretiert werden sollten (Gilbar, 1999; Hagedoorn et al., 2008; Hannum et al., 1991). Das Ausmaß der Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten wurde bis dato mit Messinstrumenten erfasst, die das Konstrukt Distress bei dieser besonderen Gruppe nur ausreichend gut oder eher schlecht abbilden. Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) bietet erstmals die Möglichkeit, Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten differenziert und spezifisch zu erfassen. In der vorliegenden Arbeit wurde ein Cut-Off formuliert, sodass eine Einordnung der Befragten in „hoch belastet“ und „wenig belastet“ erfolgen kann. Eine darauf basierende Unterscheidung von Subgruppen ist wesentlich aussagekräftiger als alle bisherigen Versuche diesbezüglich. Eine Verknüpfung dessen mit der Analyse von Unterschieden in qualitativen Aussagen konnte bis dato auf diese Weise nicht erfolgen und bietet eine wertvolle Verknüpfung qualitativer und quantitativer Daten, die eine Reihe interessanter zukünftiger Forschungsfragen und Implikationen für die psychoonkologische Praxis generieren. Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

- 4.1 Welche Geschlechterunterschiede lassen sich in der Analyse der qualitativen Kategorien finden?
- 4.2 Zeigen sich Unterschiede in der Kategoriennennung zwischen hoch belasteten und wenig belasteten Befragten?

Darüber hinaus soll die Analyse der qualitativen Distressfaktoren die Validitätsanalyse des FBK-P vervollständigen. Mit der Erfassung der konvergenten und diskriminanten Validität erfüllte die erste psychometrische Überprüfung (Kopsch, 2012) des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) die Kriterien zur wissenschaftlich fundierten Testkonstruktion (Bühner, 2011) zwar, die Analyse fiel jedoch klein aus und betrachtete nur einen ausgewählten Bereich der Konstruktvalidität. Die aktuelle Studie soll eine umfassendere Validitätsanalyse mit einer neuen Herangehensweise ermöglichen, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) zu fördern. Die qualitative Analyse der Stressoren wird herangezogen, um im Sinne der Konstruktvalidität die latente Variable Distress und deren theoretische Eigenschaften und Facetten differenziert darzustellen. Daran soll die Operationalisierung des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) als Instrument zur Erfassung dieses Konstrukts kritisch diskutiert werden. Es wird folgende Fragestellung abgeleitet:

- 4.3 Inwiefern kann die Operationalisierung des Konstrukts Distress im FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) in der qualitativen Befragung der Partner\*innen zu ihren subjektiv wahrgenommenen Belastungsfaktoren wiedergefunden werden?

## **4 Methode**

### **4.1 Durchführung der Datenerhebung**

Zunächst wurde eine intensive Akquise von Kooperationspartnern durchgeführt. Dazu wurden onkologische Praxen und Zentren, Rehabilitationseinrichtungen (Bad Oexen), Selbsthilfegruppen und Krebsberatungsstellen im Umfeld von Braunschweig kontaktiert und um Mithilfe gebeten. Vorträgen in Selbsthilfegruppen und auf Tagungen verschiedener Krebsverbände sowie Zeitungsartikel und Aufrufe in Online-Foren vervollständigten die Akquisebemühungen. Den Kooperationspartnern wurde die Art der Mitarbeit freigestellt. Sie konnten anhand von Flyern und Plakaten Werbung für die Untersuchung machen oder selbst Fragebogenpakete an Interessenten austeilen. Die Teilnehmer konnten die Fragebogenpakete entweder wieder beim Kooperationspartner abgeben oder an das Studienteam versenden. Allen Fragebogenpaketen waren frankierte Rücksendeumschläge beigelegt, sodass die Teilnehmer diese kostenfrei zurücksenden konnten. Darüber hinaus wurden mithilfe von Zeitungsartikeln und Vorträgen in Selbsthilfegruppen für das Projekt geworben und um Mithilfe gebeten. Alle Teilnehmer wurden in Vorfeld über den Hintergrund der Arbeit sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Es entstanden ihnen keine Kosten. Im Fragebogenpaket waren die Kontaktdaten der Autorin enthalten, sodass die Teilnehmer die Möglichkeit hatten, Rückfragen zu stellen. Die durchgeführte Studie wurde von der Ethikkommission der TU Braunschweig als ethisch unbedenklich eingestuft (siehe Anhang A).

Zwischen Januar 2013 und Juni 2014 erfolgte eine Querschnittsbefragung mithilfe einer Paper-Pencil Version des vorliegenden Fragebogenpakets. Es wurden nur wenige Ausschlusskriterien formuliert, da das Ziel, eine möglichst große Stichprobe zu generieren, im Vordergrund stand. Einschlusskriterium war eine bestehende Partnerschaft mit einem Krebspatienten. Es wurden insgesamt 947 Exemplare des Fragebogenpakets ausgegeben. Die Response-Rate lag mit  $N = 357$  Rücksendungen bei 35.6%. Aufgrund fehlender Werte mussten  $n = 32$  Fragebögen ausgeschlossen werden. Das Vorgehen der Akquise ist schematisch in Abbildung 4 dargestellt.

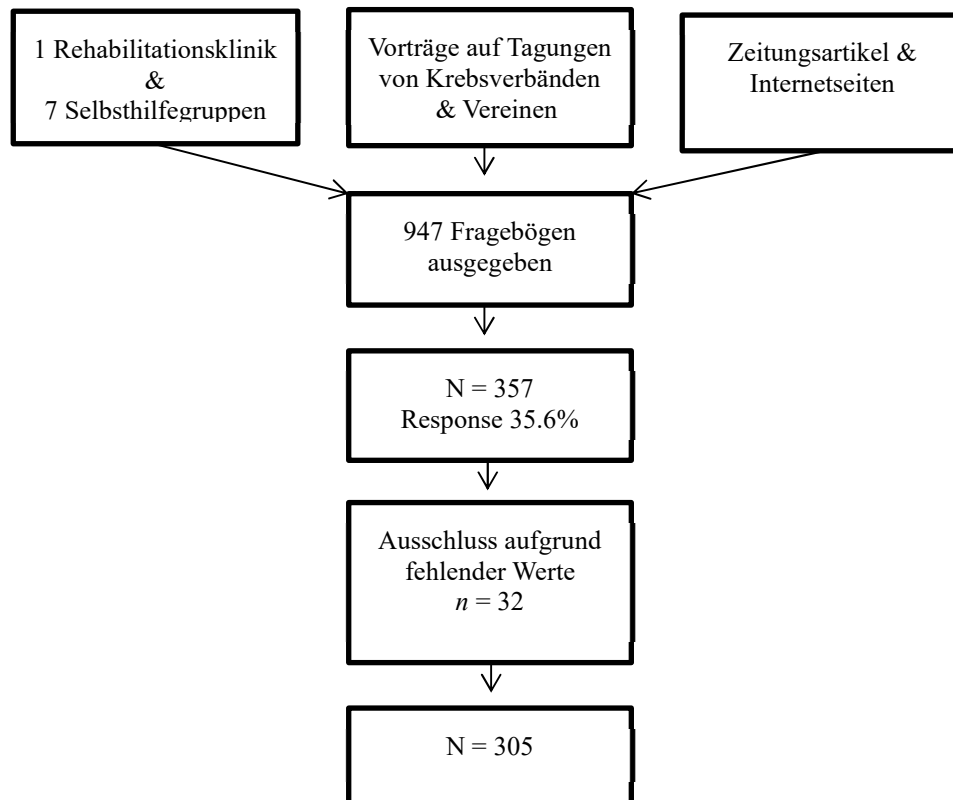


Abbildung 4. Detaillierte Darstellung der Akquise.

## 4.2 Messinstrumente

Die soziodemografische Basisdokumentation erfasste Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Erwerbstätigkeit, Familienstand, körperliche Erkrankungen. Außerdem wurden Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung, Zeitpunkt der Diagnose, Tumorlokalisation, Krankheitsstadium, medizinische Behandlung und sonstige körperliche Erkrankungen als krankheitsrelevante Variablen erfasst (siehe Anhang B). Darüber hinaus wurden folgende Messinstrumente eingesetzt.

*Fragebogen zur Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten (FBK-P).* Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) erfasst anhand von 23 Items krebsspezifischen Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten als mehrdimensionales Konstrukt. Er erfasst auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = trifft nicht zu – 5 = trifft zu und belastet mich sehr stark) Aussagen, die sich zu den drei Skalen „*allgemeiner psychischer Distress*“, „*Progredienzangst*“ und „*partnerschaftlicher Distress*“ zuordnen lassen. Ein hoher Score im Fragebogen beschreibt einen hohen krebsspezifischen Distress. „*Allgemeiner psychischer Distress*“ wird durch Items wie „*Durch die/ Seit der Erkrankung fühle ich mich häufig schlapp und kraftlos*“ oder „*Durch die/ Seit der Erkrankung leide ich häufig unter Schlafstörungen*“ dargestellt. Die Items „*Durch die / Seit der Erkrankung verspüre ich starke Angst und Panik*“ oder „*Die Ungewissheit über*



*den weiteren Verlauf der Erkrankung ist schwer zu ertragen“* beschreiben die Skala „*Progredienzangst*“. „*partnerschaftlicher Distress*“ wird unter anderem durch die Items „*Durch die/ Seit der Erkrankung ist unsere Beziehung problematischer geworden*“ oder „*Durch die/ Seit der Erkrankung verschließt sich mein Partner vor mir*“ definiert. Die Skalen ergeben für die vorliegende Stichprobe mittlere bis sehr gute interne Konsistenzen von .92, .90 und .84.

*NCCN Distress-Thermometer*: Das Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006) ist ein vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) entwickeltes 1-Item Screeninginstrument. Es erfasst auf einer Likert-Skala von 0 – 10 psychosoziale Belastung bei onkologisch Erkrankten. Die Fragestellung lautet: „*Wie belastet fühlen Sie sich im Hinblick auf die Krebserkrankung Ihres Partners?*“ Häufig wird zur besseren Visualisierung das Bild eines Thermometers verwendet wobei ein hoher Wert eine hohe Belastung beschreibt. Auffällige Belastung und Unterstützungsbedarf wird bei einem Cut-Off von 5 angegeben. Besonders zur Identifikation hoher Belastung weist das NCCN-Distress Thermometer eine gute Diskriminationsfähigkeit ( $AUC = 0.71 - 0.76$ ) auf (Mehnert et al., 2006). Eine Reliabilitätsanalyse ist nicht möglich, da das Instrument nur aus einem Item besteht. In der klinischen Versorgung besteht die Möglichkeit eine zugehörige Problemliste zu verwenden, die verschiedene Belastungsbereiche abfragt und Unterstützungsbedarf aufzeigt. Durch seine Einfachheit erfährt das Distress-Thermometer in der onkologischen Behandlung hohe Akzeptanz und kann von nahezu allen Berufsgruppen ausgewertet werden.

*Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*: Der PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) ist eine gekürzte Version des vollständigen Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) (Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) welcher insgesamt 8 Diagnosen abdeckt. Aufgrund seiner Länge (78 Items) ist der vollständige PHQ-D (Löwe et al., 2002) häufig ungeeignet für kurze ökonomische Befragungen. Aus diesem Grund wurde die Kurzform PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) daraus abgeleitet. Das ökonomische Selbstbeurteilungsinstrument (9 Items) erfragt depressive Symptome (Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Suizidalität) mithilfe einer vierstufigen Antwortalternative (0 - überhaupt nicht / 1 – an einzelnen Tagen / 2 – an mehr als der Hälfte der Tage / 3 – beinahe jeden Tag) mit der Eingangsfrage: „*Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten Woche durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?*“ Beispielitems sind: „*Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit*“ oder „*Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten.*“ Der Skalensummenwert des PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) liegt zwischen 0 und 27, wobei nach milder (5 – 9), moderater (10 – 14), mittelschwerer (15 – 20) und schwerer Symptomatik (ab

20) unterteilt wird. Der Fragebogen zeigt für die vorliegende Stichprobe eine gute interne Konsistenz von .86.

*Generalized Anxiety Disorder (GAD-7).* Der GAD-7 (Spitzer et al., 2006) ist ebenso wie der PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) ein Modul des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ D) (Löwe et al., 2002). Er erfasst anhand von 7 Items auf derselben vierstufigen Skala (siehe PHQ-9; Kroenke et al., 2001) Symptome generalisierter Angst, die sich unter anderem durch ständiges Sorgen, Ruhelosigkeit und Reizbarkeit auszeichnen. Zur selben Eingangsfrage werden Items wie: „*Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung*“ und „*Schwierigkeiten zu entspannen*“ abgefragt. Der Skalensummenwert des GAD-7 reicht von 0 bis 21, wobei zur Interpretation folgende Unterteilung vorgeschlagen wird: milde Symptomatik (5 – 9), moderate Symptomatik (10 – 14) und schwere Symptomatik (ab 15). Der Fragebogen zeigt für die vorliegende Stichprobe eine sehr gute interne Konsistenz von .91.

*Short Form – 8 Health Survey (SF-8).* Der SF-8 von Ware et al. (2001) wurde als Kurzform des SF-36 konzipiert und dient ebenso wie dieser der krankheitsübergreifenden Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes von Erwachsenen in der vergangenen Woche in Bezug auf: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Psychisches Wohlbefinden und Emotionale Rollenfunktion (Erhart, Wetzels, Krügel & Ravens-Sieberer, 2005). Jedes Item erfasst einen der o.g. Bereiche und aus den 8 Items werden mithilfe einer vorgefertigten Syntax zwei Summenskalen zum „*körperlichen Wohlbefinden*“ (PCS) und „*emotionalen Wohlbefinden*“ (MCS) gebildet. Die Antwortskalen unterscheiden sich von Item zu Item. Beispielitems sind: „*Ganz allgemein, wie würde Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?*“ (6-stufige Likertskala von ausgezeichnet – sehr schlecht) oder „*Wie stark waren Sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihrem normalen sozialen Kontakten mit Familie oder Freunden eingeschränkt?*“ (5-stufige Likertskala von überhaupt nicht – konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen). Hohe Werte lassen auf eine gute mentale und körperliche Gesundheit schließen. Der Fragebogen zeigt für die vorliegende Stichprobe eine gute interne Konsistenz von .89.

*Dyadisches Coping Inventar (DCI).* Das DCI (Bodenmann, 2008) fokussiert die Erfassung des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress. Er ist eine Weiterentwicklung des Fragebogens zum dyadischen Coping (FDCT-N; Bodenmann, 2000) und umfasst in seiner vollständigen Form mit 37 Items die Skalen *Stresskommunikation*, *positives supportives dyadisches Coping*, *negatives supportives dyadisches Coping*, *delegiertes dyadisches Coping*, *gemeinsames dyadisches Coping* und *Evaluation*. Es werden jeweils das eigene dyadische

Coping und das subjektiv wahrgenommene Coping von Partner\*innen auf einer fünfstufigen Likertskala (1 = sehr selten – 5 = sehr oft) eingeschätzt. Je höher der Summenscore des Fragebogens, desto besser das dyadische Coping. Für den gesamten Fragebogen wird ein Cut-Off von 111 definiert. Aus ökonomischen Gründen wurden in der aktuellen Studie nur diejenigen Skalen des DCI verwendet, die individuelle und dyadische Copingfähigkeiten abfragen. Das subjektiv wahrgenommene Coping von Partner\*innen wurde nicht erfasst. Aus den 15 verwendeten Items, die zu vier Skalen („*Eigene Stresskommunikation*“ ( $\alpha = .80$ ), „*eigenes supportives dyadisches Coping*“ ( $\alpha = .83$ ), „*Eigenes negatives dyadisches Coping*“ ( $\alpha = .66$ ), „*eigenes delegiertes dyadisches Coping*“ ( $\alpha = .78$ )) des DCI gehören, kann die Subskala „*eigenes dyadisches Coping*“ ( $\alpha = .80$ ) zusammen gesetzt werden. Hier werden beispielsweise Items wie: „*Ich zeige meinem Partner, wenn ich mich gestresst und belastet fühle.*“ oder „*Wenn mein Partner gestresst ist, ziehe ich mich zurück.*“ erfragt. Hier wird folgende Kategorisierung empfohlen:  $< 41$  = weit unterdurchschnittlich;  $42 - 50$  = unterdurchschnittlich;  $50 - 61$  = durchschnittlich;  $62 - 71$  = überdurchschnittlich;  $> 71$  = weit überdurchschnittlich. Weitere 5 Items erheben die Skala „*gemeinsames dyadisches Coping*“ ( $\alpha = .82$ ). Diese Skala wird unter anderem durch folgendes Item erfasst: „*Wir helfen uns gegenseitig, das Problem in einem neuen Licht zu sehen.*“. Es gilt folgende Kategorisierung:  $< 8$  = weit unterdurchschnittlich;  $9 - 13$  = unterdurchschnittlich;  $14 - 19$  = durchschnittlich;  $19 - 21$  = überdurchschnittlich;  $> 21$  = weit überdurchschnittlich.

*Individuelle, krankheitsbezogene Belastungen und Ressourcen* wurden mithilfe von zwei offenen Fragen erfasst. Dabei wurden die folgenden Fragestellungen genutzt: „*Was hat Sie in Bezug auf die Krebserkrankung Ihres Partners insgesamt am stärksten belastet?*“ und „*Was empfanden Sie insgesamt als unterstützend und hilfreich im Umgang mit der Krebserkrankung Ihres Partners und den damit verbundenen Belastungen?*“ Die Teilnehmer hatten auf den Fragebögen den entsprechenden Raum zur Beantwortung der Fragen.

### 4.3 Stichprobenbeschreibung

Es wurden sowohl demografische Daten der teilnehmenden Partner\*innen als auch des Krebserkrankten erfragt. Zusätzlich wurden relevante medizinische Variablen der Patient\*innen erfasst. Sämtliche Patientendaten wurden per Fremdauskunft über die teilnehmenden Partner\*innen erfasst. Die Erkrankten haben selbst keine Angaben getätigt. Die Tabellen werden getrennt nach den demografischen Daten der Befragten und den demografischen und medizinischen Variablen der zugehörigen Patient\*innen dargestellt. Außerdem wurden die Daten hinsichtlich des Geschlechts betrachtet. Tabelle 1 und Tabelle 2 zeigen die

demografischen und medizinischen Variablen der Befragten und der zugehörigen Patient\*innen getrennt nach Geschlecht. Hier wurden Mittelwertsunterschiede berechnet.

Tabelle 1

*Demografische Variablen der befragten Partner\*innen von Krebserkrankten getrennt nach Geschlecht (N = 305)*

	<b>Gesamt (N = 305)</b>	<b>Männer (n = 136)</b>	<b>Frauen (n = 169)</b>	<b>p</b>
Mittleres Alter ( <i>SD, range</i> )	63.1 (11.1, 25 – 85)	62.9 (12.9, 36 – 85)	63.3 (9.4, 25 – 84)	.81
Bildungsstand ( <i>n, %</i> )				<b>.00**</b>
Hauptschulabschluss	106 (34.8)	38 (27.9)	68 (40.2)	
Realschulabschluss	79 (25.9)	27 (19.9)	52 (30.8)	
Abitur	45 (14.8)	20 (14.7)	25 (14.8)	
Hochschulabschluss	67 (22.0)	48 (35.3)	19 (11.2)	
Arbeitssituation ( <i>n, %</i> )				<b>.01*</b>
Vollzeit	65 (21.3)	45 (33.1)	20 (11.8)	
Teilzeit	32 (10.5)	4 (2.9)	28 (16.6)	
Rente	173 (56.7)	79 (58.1)	94 (55.6)	
Hausarbeit	20 (6.6)	1 (0.7)	19 (11.2)	
krankgeschrieben	8 (2.6)	4 (2.9)	4 (2.4)	
arbeitslos	2 (0.6)	1 (0.7)	1 (0.6)	
Familienstand ( <i>n, %</i> )				.43
verheiratet	279 (91.5)	122 (89.7)	157 (92.9)	
in Partnerschaft	25 (8.2)	13 (9.6)	12 (7.1)	
mittlere Partnerschaftsdauer ( <i>SD, range</i> )	34.7 (14.8, 1.5 - 62)	32.1 (15.7, 3 – 62)	36.8 (13.7, 1.5 – 62)	<b>.01*</b>
Minderjährige Kinder ( <i>n, %</i> )				.11
keine	269 (88.2)	112 (82.4)	157 (92.9)	
1 – 2	30 (9.9)	19 (14.0)	11 (6.5)	
Mehr als 2	6 (1.9)	5 (3.6)	1 (0.6)	
Inanspruchnahme psychosoz. Unterstützung ( <i>n, %</i> )				.68
keine Unterstützung	240 (78.7)	108 (79.4)	132 (78.1)	

Krebsberatungsstellen	11 (3.6)	4 (2.9)	7 (4.1)	
Selbsthilfegruppen	25 (8.2)	8 (5.9)	17 (10.1)	
Psychotherapie	10 (3.3)	6 (4.4)	4 (2.4)	
Sonstige	10 (3.3)	4 (2.9)	6 (3.6)	
Eigene körperliche				
Erkrankungen <sup>a</sup> (n, %)	159 (52.8)	71 (52.2)	88 (52.1)	.94

*Anmerkungen.* \* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ ; <sup>a</sup> = eigene körperliche Erkrankungen sind vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Arthrose, Asthma

In den demografischen Variablen der Stichprobe zeigen sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede im Bildungsstand der Befragten ( $t = 4.605$ ,  $df = 253.680$ ,  $p = .001$ ), wobei Männer einen höheren Schulabschluss aufweisen als Frauen. Gleiches zeigt sich in der Arbeitssituation ( $t = -2.501$ ,  $df = 252.321$ ,  $p = .013$ ). Männer arbeiten signifikant häufiger in Vollzeit als Frauen. Geschlechterunterschiede bestehen außerdem in der Partnerschaftsdauer ( $t = -2.708$ ,  $df = 257.845$ ,  $p = .007$ ) mit längerer Dauer bei den Frauen. Keine signifikanten Unterschiede bestehen im Alter der Befragten ( $t = -.243$ ,  $df = 238.902$ ,  $p = .809$ ), im Familienstand ( $t = .796$ ,  $df = 302$ ,  $p = .427$ ), im Vorhandensein minderjähriger Kinder ( $t = 1.629$ ,  $df = 34$ ,  $p = .113$ ), in der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung ( $t = -.408$ ,  $df = 294$ ,  $p = .684$ ) und eigenen körperlichen Erkrankungen ( $t = -.072$ ,  $df = 299$ ,  $p = .942$ ).

In Tabelle 2 werden die demografischen und medizinischen Variablen der zugehörigen Krebserkrankten berichtet. Da eine dyadische Datenerfassung nicht Ziel der Arbeit war, wurden sämtliche krankheitsspezifische Daten per Fremdauskunft durch die befragten Partner\*innen erfasst. In der Spalte „Männer“ werden die krankheitsrelevanten Aussagen der dazugehörigen erkrankten Frauen (bis auf ein homosexuelles Pärchen) dargestellt. Die Spalte „Frauen“ beinhaltet die krankheitsspezifischen Daten der dazugehörigen erkrankten Männer.

Tabelle 2

*Demografische und medizinische Variablen der zugehörigen Krebserkrankten getrennt nach Geschlecht (N = 305).*

	<b>Gesamt</b> <b>(N = 305)</b>	<b>Männer<sup>a</sup></b> <b>(n = 136)</b>	<b>Frauen<sup>b</sup></b> <b>(N = 169)</b>	<b>p</b>
Alter (M, SD, range)	64.8 (11.4, 30 – 86)	61.1 (12.7, 33 – 86)	67.75 (9.4, 30 – 86)	<b>.00**</b>
Zeit seit Erstdiagnose in Monaten (M, SD, range)	37.20 (46.7, 0 – 309)	32.87 (43.4, 3 – 242)	40.59 (49.1, 0 – 309)	
Tumorlokalisation (n, %)				
Brustkrebs	62 (20.3)	59 (43.4)	3 (2.2)	<b>.00**</b>
Prostatakrebs	74 (24.3)	7 (5.1)	67 (39.6)	
Lymphome	14 (4.6)	7 (5.1)	7 (4.1)	
Lungenkrebs	4 (1.3)	2 (1.5)	2 (1.2)	
Darmkrebs	20 (6.6)	10 (7.4)	10 (5.9)	
Hirntumore	4 (1.3)	0 (0.0)	4 (2.4)	
Leukämie	4 (1.3)	3 (2.2)	1 (0.6)	
Eierstockkrebs	10 (3.3)	10 (7.4)	0 (0.0)	
Knochenkrebs	8 (2.6)	4 (2.9)	4 (2.4)	
Blasenkrebs	14 (4.6)	5 (3.7)	9 (5.3)	
Nierenkrebs	14 (4.6)	3 (2.2)	11 (6.5)	
Pankreaskrebs	7 (2.3)	3 (2.2)	4 (2.4)	
Leberkrebs	7 (2.3)	2 (1.5)	5 (3.0)	
Sonstige	24 (7.9)	6 (4.4)	18 (10.7)	
Krankheitsstadium (n, %)				
Lymphknotenbefall	67 (22.0)	38 (27.9)	29 (17.2)	.68
Metastasen	26 (8.5)	10 (7.4)	16 (9.5)	
Metastasen und Lymph- knotenbefall	17 (5.6)	9 (6.6)	8 (4.7)	
Rezidiv	70 (23.0)	30 (22.1)	40 (23.7)	
Medizinische Behandlung (n, %)				
Operation	240 (42.7)	110 (83.3)	130 (76.9)	

Chemotherapie	122 (36.0)	76 (57.6)	46 (27.2)	
Strahlentherapie	93 (32.0)	54 (40.9)	39 (23.1)	.37
Palliative Behandlung	14 (32.0)	7 (5.3)	7 (4.1)	<b>.00**</b>
Alternativmedizinische				<b>.00**</b>
Behandlung	13 (4.3)	7 (5.3)	6 (3.6)	.68
Sonstige	33 (10.8)	16 (12.2)	17 (10.1)	
Anschlussheilbehandlung				.49
(AHB) oder Rehabilitation				.64
(n, %)				
stationär	211 (69.2)	96 (70.6)	117 (68.6)	
ambulant	13 (4.3)	7 (5.1)	8 (4.2)	.12
Sonstige körperliche				
Erkrankungen <sup>c</sup> (n, %)	133 (43.6)	50 (36.8)	83 (49.1)	.35

Anmerkungen. \*\* =  $p < .01$ ; <sup>a</sup> = Daten der zugehörigen krebserkrankten Patientinnen der befragten Männer; <sup>b</sup> = Daten der zugehörigen krebserkrankten Patienten der befragten Frauen; <sup>c</sup> = sonstige körperliche Erkrankungen sind vor allem Herz- Kreislauf-erkrankungen, Diabetes, Arthrose, Asthma

Bei den demografischen und medizinischen Variablen der zugehörigen Erkrankten zeigen sich signifikante Unterschiede im Alter der Patient\*innen (die Partner der befragten Frauen sind älter;  $t = -5.065$ ,  $df = 238.267$ ,  $p = .000$ ), in der Tumorlokalisation aufgrund der geschlechterspezifischen Krebsarten Brustkrebs und Prostatakrebs ( $t = -2.986$ ,  $df = 263.999$ ,  $p = .003$ ) sowie den Behandlungsmethoden Chemotherapie ( $t = 5.260$ ,  $df = 268.111$ ,  $p = .000$ ) und Strahlentherapie ( $t = -3.150$ ,  $df = 260.444$ ,  $p = .002$ ) wobei die Partnerinnen der männlichen Befragten beides häufiger erhalten. Keine signifikanten Unterschiede finden sich beim Krankheitsstadium ( $t = -.406$ ,  $df = 257$ ,  $p = .685$ ), sonstigen körperlichen Erkrankungen ( $t = -.926$ ,  $df = 292$ ,  $p = .355$ ), AHB/Reha ( $t = 1.563$ ,  $df = 28$ ,  $p = .119$ ) und in den Behandlungsmethoden Operation ( $t = .886$ ,  $df = 294$ ,  $p = .376$ ), palliative Behandlung ( $t = .416$ ,  $df = 294$ ,  $p = .678$ ), alternativmedizinische Behandlung ( $t = .685$ ,  $df = 294$ ,  $p = .494$ ) und sonstige ( $t = .475$ ,  $df = 303$ ,  $p = .635$ ).

#### 4.4 Statistische Analyse

Die Analyse der vorliegenden Daten erfolgte mit den Programmen Excel 2013, SPSS Statistics 20 und 21 und dem freien Statistikprogramm R (Version 3.2.1, World-Famous Astronaut, 2015).

**4.4.1 Statistische Auswertung der quantitativen Daten.** Die demografischen Daten wurden getrennt nach Geschlecht dargestellt. Hier wurden Mittelwertsvergleiche mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Variablen durchgeführt. Mithilfe der in der Literatur angegebenen Cut-Offs der jeweiligen Selbstbeurteilungsinstrumente wurde eine Übersicht über die Einordnung der Befragten bzgl. des Schweregrades der gemessenen Konstrukte erstellt.

#### ***4.4.1.1 Statistische Analyse für die Langform des FBK-P.***

*Verteilungscharakteristika.* Mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests wird die untersuchte Stichprobe auf Normalverteilung untersucht. Nach Brosius (2018) ist der Kolmogorov-Smirnov-Test für große Stichproben gut geeignet. Eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung besteht bei  $p \leq .05$ .

*Deskriptive Item- und Skalenkennwerte.* Die Analyse erfolgt anhand der Itemkennwerte Schwierigkeit, Trennschärfe und Homogenität. Der Schwierigkeitsindex beschreibt die relative Häufigkeit der Personen, die das Item im Sinne des zu untersuchenden Merkmals beantwortet haben (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006). Der Schwierigkeitsindex wird mit der Formel  $S = \frac{M}{range}$  berechnet (Bühner, 2011). Er ist bei schwierig zu beantwortenden Fragen niedrig und bei leicht zu beantwortenden Fragen hoch. Items mit niedrigen oder hohen Schwierigkeitsindexen gelten als unbrauchbar (Bühl, 2008). Items mit einer Schwierigkeit  $\leq .25$  und  $> .80$  werden eliminiert.

Die Trennschärfe gilt als wichtigstes Kriterium zur Beurteilung der Brauchbarkeit eines Items (Bühl, 2008) und gibt an wie gut das Item die Skala widerspiegelt (Bühner, 2011). Es wird eine part-whole Korrektur vorgenommen, da das betreffende Item sonst in die Korrelation der Skala mit einbezogen wird, was zu einer Überschätzung der Trennschärfe führen würde (Bühner, 2006). Als Grenzwert wird hier  $r > .30$  genutzt (Bühner, 2011).

Die Homogenität gibt den Grad an, in dem die Items des Tests oder der Skala dieselbe Eigenschaft oder Fähigkeit messen (Fisher, 1974). Um die Homogenität von Items zu beurteilen, werden die Korrelationen zwischen den Items der Skalen betrachtet.

*Konfirmatorische Faktorenanalyse.* Vor der erneuten Überprüfung der Faktorenstruktur des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) wird der Kaiser-Meyer-Olkin Koeffizient (KMO) berechnet, um sicherzustellen, dass die gewählte Stichprobe für eine Analyse der Faktoren geeignet ist (Bühner, 2011). Der KMO besteht aus partiellen Korrelationen zwischen Itempaaren. Ein Wert von .50 gilt als Minimum (Field, 2013).

Zur Überprüfung der in der Pilotierung explorativ ermittelten Faktorenstruktur wird eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Konfirmatorische Faktorenanalysen eignen



sich besonders dann, wenn bereits ein Modell des Zusammenhangs zwischen Variablen angenommen wird und die Beziehung zwischen Indikatorvariablen und hypothetischen Größen geprüft werden soll. Die Anzahl der Faktoren und deren Bedeutung als auch die Zugehörigkeit der Indikatorvariablen zu den Faktoren werden a priori festgelegt (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2016). Die Auswertung erfolgt mittels des R Pakets „lavaan“ (Latent Variable Analysis) Version 0.5-17 von Rossel (2011). Für die Analyse können zwei Modelle betrachtet werden. Das unrestringierte Modell wird unter der Annahme berechnet, dass alle Items ausschließlich auf einen Faktor laden. Im restringierten Modell wird zugelassen, dass die Items, je nach ursprünglicher Zugehörigkeit zu einer Skala, auf jeweils einen weiteren gemeinsamen Faktor laden dürfen (Reinecke, 2005). Dies wird durch die Freisetzung der Messfehlervariablen der Items ermöglicht.

Zur Bestimmung der Güte des getesteten Modells wird der  $\chi^2$  Test verwendet. Als deskriptive Gütekriterien werden der CFI (comparative fit index), der TLI (Tucker-Lewis index), der RMSEA (root mean square error of approximation) und SRMR (standardized root mean square residual) gewählt. Für einen Fit sollte der  $\chi^2$  Wert nicht signifikant sein. CFI und TLI prüfen, ob das gewählte Modell besser ist als die Hypothese, dass die Variablen nicht korrelieren. CFI und TLI sollten gegen 1 gehen ( $> .90$  = guter Fit). Der RMSEA beschreibt, wie gut das entwickelte Modell mit Hilfe der Daten zu replizieren ist. Eine gute Modellanpassung liegt bei  $RMSEA < 0.05$ , eine adäquate Modellanpassung bei  $0.05 < RMSEA < 0.08$  und eine schlechte Modellanpassung bei  $RMSEA > 0.08$ . Ein  $SRMR = 0$  bestätigt eine perfekte Modellanpassung, ein SRMR von 0.08 und niedriger eine adäquate Modellanpassung (Hu & Bentler, 1999). Der SRMR sollte unter dem Grenzwert von 0.10 liegen (Homburg, Pflesser & Klarmann, 2008). Die Faktorladungen geben an, wie stark das Item auf dem jeweiligen Faktor lädt. Hier sollten die standardisierten Pfadkoeffizienten den Grenzwert von  $\lambda = 0.3$  nicht unterschreiten (Brown, 2006).

*Reliabilitätsanalyse.* Der Cronbachs  $\alpha$  Koeffizient dient zur Bestimmung der Messgenauigkeit des Fragebogens. Die Reliabilität gibt den Anteil der Varianz der wahren Werte an der Varianz der beobachteten Werte an (Bühner, 2011). Werte zwischen .70 und .79 gelten als befriedigend, zwischen .80 und .89 als gut und über .90 als sehr gut (Weise, 1975).

*Validitätsanalysen.* Zur Testung der konvergenten und diskriminanten Validität werden Korrelationsanalysen der Skalen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) mit konstruktnahen Skalen anderer Instrumente durchgeführt. Die Ergebnisse der Korrelationen können zwischen -1 und +1 liegen und bezeichnen die Stärke des Zusammenhangs der korrelierten Skalen. Korrelationskoeffizienten größer als  $r = .60$  gelten als hoch, zwischen  $r =$

.60 und  $r = .40$  als mittel und unter  $r = .40$  als niedrig (Weise, 1975). Die Zusammenhänge der Skalen sollten im Sinne der konvergenten Validität signifikant mittel bis hoch ausfallen. Die Korrelationen für die diskriminante Validität sollten gegen  $r = 0$  bzw. signifikant in den negativen Bereich laufen.

*Receiver-Operating-Characteristic (ROC).* Die Receiver-Operating-Characteristic wurde im Rahmen der „Signal Detection Theory“ (Lusted, 1971) entwickelt, um festzustellen, ob eine Person ein Merkmal besitzt. Zur Analyse wird die „Area under the curve“ (AUC) herangezogen, die angibt, welche diskriminatorische Fähigkeit das Messinstrument besitzt. Sie variiert zwischen .05 (uninformativer Test) und 1.0 (perfekter Test) wobei Werte von  $.50 \leq AUC \leq .70$  eine geringe,  $.70 \leq AUC \leq .90$  eine moderate und  $.90 \leq AUC \leq 1.0$  eine hohe Diskriminationsfähigkeit darstellen (Sweet, 1988). Als weiterer Indikator für die diskriminatorische Fähigkeit des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) werden Sensitivität (SEN; Anteil der Richtigen Positiven an den Positiven) und Spezifität (SPE; Anteil der Richtigen Negativen an den Negativen) berechnet. Zusätzlich wird der Youden Index (= Sensitivität + Spezifität – 1) ermittelt. Er kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei 1 für eine perfekte Diskrimination zwischen den Merkmalen spricht (Youden, 1950). Für die Analyse wird das NCCN Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006) herangezogen und dichotomisiert. Fehlenden Werte verteilen sich zufällig über die Items und werden listenweise gelöscht, sodass die tatsächlich analysierte Stichprobe aus  $N = 305$  Partner\*innen von Krebserkrankten besteht. Die ROC-Analyse eignet sich zur Bestimmung des Cut-Off Wertes, da sie eine gleichzeitige Berücksichtigung von Sensitivität und Spezifität hinsichtlich einer insgesamt minimalen Fehlerrate zulässt. Die schlussendliche Auswahl eines bestimmten Cut-Off Wertes erfolgt anhand inhaltlicher Überlegungen hinsichtlich der Konsequenzen der Entscheidungen, die aufgrund der Fragebogenergebnisse getroffen werden sollen (Seelmann, Carna & Sparer, 2011).

#### **4.4.1.2 Statistische Analyse für die Kurzform des FBK-P (FBK-P-KF).**

*Itemreduktion.* Diese Arbeit hat unter anderem das Ziel, eine Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) zu entwickeln. Die Kurzform soll aus jeweils möglichst wenigen Items der ursprünglichen Subskalen bestehen und insgesamt eine Itemzahl  $< 10$  erreichen. Dieser Grenzwert ergibt sich aus dem Vergleich mit anderen anerkannten Screeningverfahren, die meist eine einstellige Itemanzahl aufweisen (z.B. SF-8, Ware et al., 2001; PHQ-9, Kroenke et al., 2001; GAD-7, Spitzer et al., 2006; PFB-K, Kliem et al., 2012).

Dazu werden die Items hinsichtlich ihrer Schwierigkeiten und Trennschärfe analysiert und Items mit nicht ausreichenden Werten werden eliminiert. Zusätzlich sollen inhaltliche Dopplungen reduziert werden und eine maximal hohe interne Konsistenz bei möglichst geringer Itemzahl erreicht werden.

*Verteilungscharakteristika.* Mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests wird die untersuchte Stichprobe auf Normalverteilung untersucht. Dazu werden die unter 4.4.6.1 genannten Kennwerte herangezogen.

*Deskriptive Item- & Skalenkennwerte.* Zur Darstellung der Kennwerte der Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) werden deskriptive Analysen der Kennwerte Schwierigkeit, Trennschärfe und Homogenität vorgenommen. Die Durchführung der Analysen findet äquivalent zum unter 4.4.6.1 genannten Vorgehen statt.

*Testgütekriterien.* Zur Bestimmung der konvergenten und diskriminanten Validität wird die Kurzform des Fragebogens mit den unter 4.4.6.1 genannten Selbstbeurteilungsinstrumenten korreliert. Zur Analyse der internen Konsistenz der Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) wird die Reliabilitätsanalyse mithilfe von Cronbachs  $\alpha$  durchgeführt. Die unter 4.4.6.1 genannten Richtwerte werden verwendet.

*ROC-Analyse.* Zur Bestimmung des Cut-Offs der Kurzform des Fragebogens wird eine ROC-Analyse durchgeführt. Dabei wird wie in 4.4.6.1 beschrieben vorgegangen.

**4.4.2 Logistische Regression.** Zur Analyse der Prädiktoren für niedrige bzw. hohe Belastung bei Partner\*innen von Krebserkrankten soll eine binomiale logistische Regression für binäre abhängige Variablen berechnet werden. Die Voraussetzungen für die Anwendung der logistischen Regressionsanalyse nach Backhaus et al. (2016) sind erfüllt. Die Regressionskoeffizienten werden durch die Maximum-Likelihood-Schätzung geschätzt. Zur Überprüfung der Modellgüte wird der Wert der Likelihood-Funktion herangezogen. Dabei wird anhand eines Chi-Quadrat-Tests geprüft, ob das berechnete Modell einen signifikanten Vorteil in der Varianzaufklärung bringt. Darüber hinaus werden die Gütekriterien Nagelkerkes  $R^2$  und Cox & Snell- $R^2$  berechnet. Beide Werte geben Auskunft darüber, wie viel Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt werden kann. Eine möglichst hohe Annäherung an 1 spricht für eine hohe Varianzaufklärung (Backhaus et al., 2016). Für die Interpretation der Modellschätzung wird mithilfe des Odds ratio die Wirkstärke der unabhängigen Variablen geprüft. Der Odds ratio gibt Rückmeldung über die Auftretenswahrscheinlichkeit des untersuchten Ereignisses. Ein Odds Ratio  $> 1$  beschreibt die Erhöhung einer unabhängigen Variable um eine Einheit und geht mit einer erhöhten

Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der untersuchten Ausprägung der abhängigen Variable einher. Bei einem Odds Ratio  $< 1$  besteht eine verringerte Wahrscheinlichkeit diesbezüglich. Ein 95%-Konfidenzintervall für die dargestellten Odds ratio wird angegeben (Best & Wolf, 2012). Die Wald-Statistik beschreibt das Ausmaß des Einflusses der Regressionskoeffizienten auf die abhängige Variable.

Folgende Variablen werden in die Berechnungen aufgenommen: „*Alter des Partners*“, „*Geschlecht des Partners*“, „*Familienstand des Partners*“, das „*Vorhandensein minderjähriger Kinder*“, die „*aktuelle Arbeitssituation des Partners*“, der „*höchste Bildungsabschluss des Partners*“, *eigene körperliche Erkrankungen des Partners*, „*Rezidive in der Krebserkrankung des Patienten*“, das „*Stadium der Erkrankung des Patienten*“. Das Alter und Geschlecht von Partner\*innen wird in die Analyse inkludiert um einen Beitrag zu den widersprüchlichen Forschungsergebnissen diesbezüglich zu leisten. Aktuell liegen sowohl wissenschaftliche Untersuchungen vor, die bspw. bestätigen, dass Frauen mehr Distress erleben als Männer (Badger & Segrin, 2018; Hagedoorn, et al., 2008; Langer et al., 2003; Leiber et al., 1976; Pitceathly & Maguire, 2003). Es finden sich jedoch auch gegensätzliche Ergebnisse (Baider & Kaplan De-Nour, 1997; Baider & Surbone, 2014; Hannum et al., 1991; Northouse & Swain, 1987). Auch bezüglich des Alters (Dumont et al., 2006; Goldstein et al., 2004; Kurtz et al., 2005; Lewis et al., 2008) und des Bildungsstandes (Kurtz et al., 2005; Iconomou et al., 2001; Lewis et al., 2008; Sales et al., 1992) finden sich widersprüchliche Studien. Die Analyse der vorliegenden Stichprobe soll demnach zur Klärung des Zusammenhangs dieser demografischen Variablen mit krebsspezifischen Distress bei Partner\*innen Krebserkrankter beitragen. Die darüber hinaus betrachteten Variablen zum Familienstand, Kindern, der Arbeitssituation und eigenen körperlichen Erkrankungen wurden bisher in Berechnungen zu Zusammenhängen mit dem krebsspezifischen Distress der Partner\*innen kaum betrachtet. Aus diesem Grund sollen diese Variablen hinsichtlich ihrer Prädiktionsfähigkeit überprüft werden um gegebenenfalls neue Zusammenhänge darzustellen. Fletcher und Kollegen (2012) beschrieben in ihrem heuristischen Modell krankheitsspezifische Faktoren die ebenfalls Einfluss auf die Partner\*innen Krebserkrankter haben. Jedoch bieten sie keine statistischen Analysen, die diesen Zusammenhang untermauern. Der Einbezug der Variablen zum Erkrankungsstadium und dem Vorliegen von Rezidiven soll das heuristische Modell prüfen und es gegebenenfalls stärken.

**4.4.3 Aufbereitung der qualitativen Daten.** Unter Berücksichtigung der Vorgaben zu qualitativen Inhaltsanalysen nach Mayring (2015) fand die Vereinheitlichung der Aussagen in

zwei Reduktionsschritten statt. Die Tabellen C1 und C2 in Anhang C zeigt die im Folgenden beschriebenen Schritte. Zunächst wurden die Aussagen der Befragten wortwörtlich in die Spalte „Aussage“ übernommen. Dann wurde jede Aussage hinsichtlich ihres Inhalts generalisiert und es wurde überprüft, welche Angaben der Befragten tatsächlich eine Antwort auf die gestellte Frage darstellen. Außerdem fand in der Spalte „Generalisierung“ eine erste Zusammenfassung der Aussagen statt, indem doppelte Angaben nur einmal erwähnt und spezifische Aussagen verallgemeinert wurden. Im nächsten Schritt wurden die Generalisierungen hinsichtlich ihrer inhaltlichen Aussage zusammengefasst und die Kategorien zweiter Ordnung wurden formuliert. Im nächsten Schritt der Vereinheitlichung wurden die Kategorien zweiter Ordnung ebenfalls hinsichtlich ihrer inhaltlichen Ähnlichkeit zu Kategorien erster Ordnung zusammengefasst. Dann wurden den Aussagen die Kategorien erster Ordnung zugewiesen.

Um eine größtmögliche Transparenz bei der Kategorienentwicklung zu erreichen, wurden Anwendungsregeln für die Kategorien erster und zweiter Ordnung verfasst (siehe Tabellen 11 & 12). Das Ziel bestand darin, aussagekräftige und voneinander abgrenzbare Kategorien zu entwickeln, dabei jedoch die Anzahl der einzelnen Kategorien ökonomisch und klein zu halten. Da die Befragten sich an verschiedenen Punkten der Erkrankung und Behandlung befanden, kann keine Aussage darüber zugelassen werden, zu welchem Zeitpunkt der genannte Distress bzw. der Hilfsfaktor bestanden hat. Bei der Auswertung der Aussagen kann dementsprechend keine zeitliche Zuordnung der Belastung zu einzelnen Erkrankungszeitpunkten erfolgen.

**4.4.4 Spezifische inhaltsanalytische Gütekriterien.** Für die qualitative Inhaltanalyse lassen sich nach Krippendorff (2018) spezifische inhaltsanalytische Gütekriterien definieren (vgl. Mayring, 2015). Dabei wird sich auf die Interraterreliabilität, die semantische Gültigkeit und die Reproduzierbarkeit bezogen.

*Interraterreliabilität.* Die Aussagen wurden mithilfe der Anwendungsregeln von drei unabhängigen Ratern (Autorin & zwei Psychologiestudierende) kodiert. Daraus wurde die Interraterreliabilität mit Hilfe des Fleiss-Kappa-Koeffizienten zur Beurteilerübereinstimmung von mehr als zwei Ratern (Brennan & Prediger, 1981) bestimmt. Zur Einordnung der Ergebnisse wurde die Einschätzung der Fleiss-Kappa Grenzen nach Landis & Koch (1977) herangezogen. Sie beschreiben ein Fleiss-Kappa zwischen 0.00 und .020 als leichte Übereinstimmung, von 0.21 – 0.40 als ausreichende Übereinstimmung, von 0.41 – 0.60 als moderate Übereinstimmung, von 0.61 – 0.80 als beachtliche Übereinstimmung und von 0.81 – 1.00 als fast vollkommene Übereinstimmung.

*Semantische und korrelative Gültigkeit.* Die semantische Gültigkeit beschreibt die Angemessenheit der Definition der Kategorien (Mayring, 2015). Zur Bestimmung kann beispielsweise der Vergleich mit konstrukt-nahen Selbstbeurteilungsinstrumenten und Expertenurteilen gezogen werden. Die Kategorien erster Ordnung der qualitativen Inhaltsanalyse wurden mit den Summenscores des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) und dem NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006) korreliert. Es wird angenommen, dass die Kategorien erster Ordnung eine inhaltliche Nähe zu den Skalen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) aufweisen. Zudem wurden die Kategoriendefinitionen und -herleitungen ausführlich und mehrfach mit Frau Prof. Dr. Tanja Zimmermann, die seit mehreren Jahren im Bereich der Psychoonkologie forscht, reflektiert. Eine ausführliche Darstellung zu den Überlegungen zur semantischen Gültigkeit folgt in Kapitel fünf.

*Reproduzierbarkeit.* Das Vorgehen zur Aufbereitung der qualitativen Daten und Erstellung der Kategorien erster und zweiter Ordnung werden in der vorliegenden Arbeit umfassend dargestellt. Die zugrundeliegende Literatur wird genannt. Es liegen ausführliche Anwendungsregeln mit Beispielen vor (Tabellen 11 und 12). Die Tabellen C1 und C2 in Anhang C zeigt die einzelnen Schritte der Kategorisierung nachvollziehbar und transparent. Es wird davon ausgegangen, dass mit Hilfe der in der vorliegenden Arbeit enthaltenen Informationen erneut eine Analyse der qualitativen Daten vorgenommen werden könnte.

**4.4.5 Statistische Auswertung der qualitativen Daten.** Zur Auswertung der Häufigkeiten der verschiedenen Kategorien, der Geschlechterunterschiede und der Unterschiede in der Stärke der Belastung wurde der Chi<sup>2</sup>-Vier-Felder Test nach Pearson durchgeführt. Sollte für die Ausprägung einer Zelle ein Wert >5 erwartet werden, wurde der Exakte Test nach Fisher genutzt (Brace, Kemp & Snelgar, 2009). Außerdem sind die Ausprägungen in den Kategorien erster Ordnung mit den Fragebögen FBK-P (Kurzform & Langform; Zimmermann et al., in Vorbereitung), SF-8 (Ware et al., 2001), PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006) und dem NCCN Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006) korreliert.

## 5 Ergebnisse

Zunächst erfolgt eine Darstellung der deskriptiven Ergebnisse aller Fragebögen aus dem Fragebogenpaket. Anschließend werden die Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung der faktoriellen Struktur des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) und der damit in Verbindung stehenden Itemanalysen, Testgütekriterien (inklusive konfirmatorischer Faktorenanalyse) und Cut-Off Analyse dargestellt (Fragestellung 1). Darauf folgen die

Ergebnisse zur psychometrischen Prüfung der Kurzform des FBK-P (FBK-P-KF; Zimmermann et al., in Vorbereitung) (Fragestellung 2). Anschließend werden die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse bezüglich der Prädiktion von Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten berichtet (Fragestellung 3). Abschließend werden die Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse berichtet. Es werden Kategorien definiert und hinsichtlich ihrer Häufigkeiten, und getrennt nach Geschlecht und Schweregrad der Belastung ausgewertet (jeweils für Belastungen und Ressourcen). Die Interraterreliabilität wird angegeben und es werden Ergebnisse der Korrelationen zwischen einigen Instrumenten des Fragebogenpakets (Zimmermann et al., in Vorbereitung) und den qualitativen Kategorien dargestellt (Fragestellung 4).

### 5.1 Ergebnisse der verwendeten Selbstbeurteilungsinstrumente

Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse der verwendeten Selbstbeurteilungsinstrumente in Tabelle 3. Es werden deskriptive Daten der Fragebögen präsentiert sowie eine kategoriale Einteilung nach Schweregrad hinsichtlich der dazugehörigen Cut-Offs. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse nach Geschlecht getrennt ausgewertet. Es zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede.

Tabelle 3

*Deskriptive Fragebogendaten und psychisches Befinden der N = 305 befragten Partner\*innen von Krebserkrankten getrennt nach Geschlecht*

<b>Psychisches Befinden</b> <i>(Anzahl, %)</i>	<b>Gesamt</b> <i>(N = 305)</i>	<b>Frauen</b> <i>(n = 169)</i>	<b>Männer</b> <i>(n = 136)</i>	<b>p</b>
<b>Distress (FBK-P<sup>a</sup>)</b>	47.3 (23.4)	46.8 (25.5)	47.7 (20.6)	.772
<i>M (SD)</i>	0 – 111	0 – 111	3 – 86	
<i>Range</i>				
<i>Kategorisierung nach Schweregrad (Cut-Off)</i>				
hoch belastet ( $\geq 37.5$ )	157 (51.5)	85 (50.3)	72 (52.9)	
niedrig belastet ( $< 37.5$ )	92 (30.2)	52 (30.8)	40 (29.4)	
<b>Depression (PHQ-9<sup>b</sup>)</b>				
<i>M (SD)</i>	6.5 (4.9)	6.8 (4.9)	6.0 (4.8)	.194
<i>Range</i>	0 – 24	0 – 24	0 – 21	

*Kategorisierung nach Schweregrad (Cut-Off)*

keine (0 - 4)	121 (39.4)	59 (34.9)	62 (5.6)
leicht (5 - 9)	98 (31.9)	59 (34.9)	39 (28.7)
mittelgradig (10 - 14)	47 (15.3)	30 (17.8)	17 (12.5)
ausgeprägt (15 – 19)	18 (5.9)	8 (4.7)	10 (7.4)
schwerwiegend (20 – 27)	5 (1.6)	4 (2.4)	1 (0.7)

**Ängstlichkeit (GAD-7<sup>c</sup>)**

<i>M (SD)</i>	6.1 (5.6)	6.5 (4.8)	5.7 (4.5)	.147
<i>Range</i>	0 - 21	0 – 21	0 – 21	

*Kategorisierung nach Schweregrad (Cut-Off)*

minimal (0 - 4)	129 (42.0)	67 (39.6)	62 (45.6)
mild (5 – 9)	105 (34.2)	61 (36.1)	44 (32.4)
mittelgradig (10 – 14)	41 (13.4)	24 (14.2)	17 (12.5)
schwer (15 – 21)	20 (6.5)	12 (7.1)	8 (5.9)

**Dyadisches Coping (DCI<sup>d</sup>)**

*Eigenes dyadisches Coping*

<i>M (SD)</i>	54.2 (8.3)	53.6 (9.2)	54.9 (7.2)	.356
<i>Range</i>	30 - 75	30 - 74	34 - 75	

*Kategorisierung nach Schweregrad (Cut-Off)*

weit überdurchschnittlich	3 (1.9)	1 (1.2)	2 (2.8)
überdurchschnittlich	23 (15.3)	15 (18.7)	8 (11.1)
durchschnittlich	89 (58.5)	43 (53.7)	46 (63.9)
unterdurchschnittlich	25 (16.4)	11 (13.7)	14 (19.4)
weit unterdurchschnittlich	12 (7.9)	10 (12.5)	2 (2.8)

**Gemeinsames dyadisches Coping**

<i>M (SD)</i>	16.2 (4.4)	15.8 (4.5)	16.8 (4.1)	.061
<i>Range</i>	5 – 25	5 - 25	6 – 25	



---

*Kategorisierung nach Schweregrad (Cut-Off)*

---

weit überdurchschnittlich	24 (8.5)	10 (6.2)	14 (11.4)
überdurchschnittlich	51 (18.0)	29 (18.1)	22 (17.9)
durchschnittlich	127 (44.8)	67 (41.9)	60 (48.8)
unterdurchschnittlich	60 (21.2)	38 (17.5)	22 (17.9)
weit unterdurchschnittlich	21 (7.4)	16 (10.0)	5 (4.1)

---

*Anmerkungen.* <sup>a</sup>=FBK-P; Zimmermann et al., in Vorbereitung; <sup>b</sup>= PHQ-9; Kroenke et al., 2001; <sup>c</sup> = GAD-7; Spitzer et al., 2006; <sup>d</sup> = DCI; Bodenmann, 2008

## 5.2 Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung der Langform des FBK-P

### 5.2.1 Itemanalyse.

**5.2.1.1 Verteilungscharakteristika.** Der Kolmogorov-Smirnow-Test ergab hinsichtlich des Gesamtwertes des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) für die vorliegende Stichprobe mit  $p = .20$  eine signifikante Normalverteilung ( $p < .05$ ). Die Voraussetzung für die weiteren statistischen Analysen sind somit gegeben.

**5.2.1.2 Itemschwierigkeit.** Die Ergebnisse Schwierigkeitsanalysen sind in Tabelle 4 dargestellt. Insgesamt streuen die Koeffizienten zwischen  $S = .19$  bis  $S = .53$  im mäßigen bis guten Bereich.

**5.2.1.3 Trennschärfe.** Die Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson zur Berechnung der Trennschärfe sind in Tabelle 4 aufgeführt. Die Koeffizienten streuen von  $r_{it} = .52$  bis  $r_{it} = .80$  und liegen damit im guten bis sehr guten Bereich. Tabelle 4 gibt einen Überblick über alle erfassten deskriptiven Itemkennwerte.

**Tabelle 4**  
*Ergebnisse der Itemanalyse (Mittelwert, Standardabweichung, Itemschwierigkeit, Trennschärfe)*

Item	Bezeichnung	Skala 1				Skala 2				Skala 3			
		Allgemeiner psychischer Distress				Progredienzangst				Partnerschaftliche Stressoren			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i>	<i>r</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i>	<i>r</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i>	<i>r</i>
1	... fühle ich mich häufig schlapp und kraftlos.	1.79	1.50	0.30	.79								
2	... ist unsere Beziehung problematischer geworden.									1.22	1.44	0.27	.72
3	... fühle ich mich erschöpft.	1.85	1.54	0.26	.78								
4	... leide ich unter ungeklärten körperlichen Beschwerden.	1.21	1.49	0.20	.62								
5	... kann ich mich schwer zu Tätigkeiten aufraffen.	1.39	1.49	0.23	.73								
6	... weine ich viel.	1.12	1.44	0.19	.62								
7	... habe ich starke Stimmungsschwankungen.	1.62	1.47	0.27	.75								
8	... verspüre ich starke Angst und Panik wenn ich an die Erkrankung denke.					2.28	1.61	0.38	.71				
9	... fühle ich mich überfordert.	1.60	1.51	0.27	.72								
10	... leide ich häufiger unter Schlafstörungen.	2.01	1.67	0.33	.65								
11	... tauschen wir weniger körperliche Zärtlichkeiten aus.									1.85	1.69	0.31	.58

12	... bin ich häufig niedergeschlagen.	1.73	1.46	0.29	.80				
13	... verschließt sich mein Partner vor mir.					1.12	1.47	0.26	.73
14	... ist unsere Beziehung weniger belastbar.					1.11	1.41	0.25	.73
15	Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung stirbt.					2.70	1.89	0.45	.74
16	Die Wartezeiten zwischen der medizinischen Untersuchung und dem Ergebnis waren zermürend.					3.16	1.63	0.53	.54
17	Ich habe Angst vor einer Ausweitung/ dem Fortschreiten der Erkrankung.					3.06	1.69	0.51	.79
18	Die Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Behandlung waren erschreckend.					2.59	1.68	0.43	.53
19	Die Tatsache anzuerkennen, dass mein Partner erkrankt ist, war schwer.					2.93	1.64	0.49	.66
20	Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung Schmerzen bekommen könnte.					3.08	1.66	0.51	.75
21	Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung war schwer zu ertragen.					3.18	1.56	0.53	.80
22	Mit meinen Ängsten in Bezug auf die Erkrankung will ich meinen Partner nicht belasten.					2.55	1.78	0.42	.52
23	In Bezug auf die Erkrankung habe ich Angst vor dem, was die Zukunft bringt.					2.80	1.63	0.46	.80

---

**5.2.1.4 Homogenität.** Inter-Item-Korrelationen zeigen das Maß der Homogenität der Items an. Die Korrelationen erreichen in der Skala „*allgemeiner psychischer Distress*“ mittlere bis hohe signifikante Werte von .41 bis .86. Die Skala „*Progreddienzangst*“ weist mittlere bis hohe signifikante Inter-Item-Korrelationen von .30 bis .74 auf. In der Skala „*partnerschaftlicher Distress*“ zeigen sich mittlere signifikante Werte von .49 bis .69. Darüber hinaus wurden die Skalen und Items miteinander korreliert. Da bereits in der psychometrischen Überprüfung während der Pilotierung (Kopsch, 2012) deutlich wurde, dass die Skalen signifikant korrelieren und die Items teilweise mittlere bis vereinzelt hohe Korrelationen mit den anderen Skalen aufweisen, fand eine erneute Überprüfung der Interkorrelationen statt. Die Tabellen D1, D2 und D3 in Anhang D zeigt die Korrelationen der Items untereinander und mit den Skalen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung). Die Korrelationen zeigen deutliche Trends der Items hinsichtlich der in der Faktorenanalyse errechneten dreifaktoriellen Struktur, korrelieren jedoch auch signifikant mit den anderen Faktoren. Tabelle 5 zeigt die Interitemkorrelationen der Skalen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung).

Tabelle 5

*Interkorrelationen der Skalen des FBK-P*

Items	Skala 1	Skala 2	Skala 3
	Allgemeiner psychischer Distress	Progreddienzangst	Partnerschaftlicher Distress
Skala 1	1.00		
Skala 2	.661**	1.00	
Skala 3	.486**	.392**	1.00

Anmerkungen. \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

**5.2.1.5 Testgütekriterien.**

*Konfirmatorische Faktorenanalyse.* Der Kaiser-Meyer-Olkin Koeffizient von .923 weist auf eine hohe Interkorrelation der Items hin. Die Daten gelten demnach als gut geeignet für die folgenden Analysen. Das unrestringierte Modell zeigt für den FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) einen Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) von .061 ( $\leq 0.10$ ; Homburg, Pflesser & Klarmann, 2008) auf. Jedoch erreichte dieses Modell bei der Betrachtung der weiteren Indizes eine nicht ausreichende Güte ( $\chi^2 = 639.616$ ,  $df = 227$ ,  $p = .000$ ; CFI = .88  $\leq .90$ ; TLI = .87  $\leq .90$ ; RMSEA = .08). Die restringierte Variante betrachtet das Modell unter

Freisetzung der jeweiligen Messfehlervariablen und führte zu einer deutlichen Modellverbesserung ( $\chi^2 = 530.375$ ,  $df = 227$ ,  $p = .000$ ; CFI = .91  $\geq$  .90; TLI = .90  $\geq$  .90; RMSEA = .07  $\leq$  0.10; SRMR = .06  $\leq$  0.10). Die CFA resultierte in ausreichend gut geschätzten standardisierten Pfadkoeffizienten der 23 Items auf den entsprechenden Faktoren (Tabelle 6). Die standardisierten Pfadkoeffizienten weisen einen Wert von  $\lambda > 0.3$  auf und sind statistisch hoch signifikant ( $p < .001$ ). Für jede latente Variable wurde die Faktorladung des ersten Items auf den Wert eins fixiert. Die weiteren Parameter wurden frei geschätzt.

Tabelle 6

*Standardisierte Pfadkoeffizienten der Items des FBK-P*

Item	Beschreibung	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Skala 1 allgemeiner psychischer Distress</i>					
1	...fühle ich mich häufig schlapp und kraftlos.	1.00			
3	...fühle ich mich erschöpft.	1.05	0.04	29.01	0.00
4	...leide ich unter ungeklärten körperlichen Beschwerden.	0.71	0.06	10.38	0.00
5	...kann ich mich schwer zu Tätigkeiten aufraffen.	0.87	0.06	14.89	0.00
6	...weine ich viel.	0.69	0.06	10.58	0.00
7	...habe ich starke Stimmungsschwankungen.	0.88	0.06	15.29	0.00
9	...fühle ich mich überfordert.	0.84	0.06	14.02	0.00
10	...leide ich häufiger unter Schlafstörungen.	0.88	0.07	12.25	0.00
12	...bin ich häufig niedergeschlagen.	0.96	0.05	19.53	0.00
<i>Skala 2 Progredienzangst</i>					
8	...verspüre ich starke Angst und Panik, wenn ich an die Erkrankung denke.	1.00			
15	Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung stirbt.	1.30	0.08	15.02	0.00
16	Die Wartezeiten zwischen der medizinischen Untersuchung und dem Ergebnis sind/waren zermürend.	0.78	0.09	8.86	0.00
17	Ich habe Angst vor einer Ausweitung/dem Fortschreiten der Erkrankung meines Partners/meiner Partnerin.	1.26	0.08	15.01	0.00
18	Die Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Behandlung sind/waren erschreckend.	0.79	0.08	9.60	0.00

19	Die Tatsache anzuerkennen, dass mein Partner/ meine Partnerin erkrankt ist, ist/war schwer.	0.99	0.07	13.49	0.00
20	Ich habe Angst, dass mein Partner/meine Partnerin durch die Erkrankung Schmerzen bekommen könnte.	1.16	0.08	14.10	0.00
21	Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung ist/war schwer zu ertragen.	1.08	0.08	13.62	0.00
22	Mit meinen Ängsten in Bezug auf die Erkrankung will ich meinen Partner/meine Partnerin nicht belasten.	0.84	0.09	8.911	0.00
23	In Bezug auf die Erkrankung habe ich Angst vor dem, was die Zukunft bringt.	1.20	0.08	15.47	0.00

### *Skala 3 Partnerschaftlicher Distress*

2	...ist unsere Beziehung problematischer geworden.	1.00			
11	...tauschen wir weniger körperliche Zärtlichkeiten aus.	0.91	0.08	11.48	0.00
13	...verschließt sich mein Partner vor mir.	1.01	0.08	12.83	0.00
14	...ist unsere Beziehung weniger belastbar.	1.01	0.07	13.73	0.00

Anmerkungen. *B* = unstandardisierte Parameterschätzungen; *SE* = Schätzung des Standardfehlers

*Validitätsanalyse.* Zur Analyse der konvergenten und diskriminanten Validität wurden die Skalen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) mit den darüber hinaus angewandten Selbstbeurteilungsinstrumenten korreliert.

Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse der Berechnungen der konvergenten und diskriminanten Validität. Für die konvergente Validität zeigen alle drei Skalen „*allgemeiner psychischer Distress*“, „*Progradedienzangst*“ und „*partnerschaftlicher Distress*“ signifikante mittlere bis hohe Korrelationen mit dem NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006), dem PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) und dem GAD-7 (Spitzer et al., 2006; .52 - .76). Die diskriminante Validität wird bestätigt durch die signifikant mittleren bis hohen negativen Korrelationen der drei Skalen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) mit dem mentalen Score des SF-8 (Ware et al., 2001; -.36 bis -.70). Die Skala „*partnerschaftlicher Distress*“ korreliert zudem signifikant negativ mit der Skala „*Gemeinsames dyadisches Coping*“ des DCI (Bodenmann, 2008; -.35).

Tabelle 7

*Konvergente und diskriminante Validität für die drei Skalen des FBK-P und die Kurzform FBK-P-KF*

Skalen	Konvergente Validität				Diskriminante Validität		
	NCCN Distress Thermometer <sup>a</sup>	PHQ-9 <sup>b</sup>	GAD-7 <sup>c</sup>	SF-8 (PCS) <sup>d</sup>	SF-8 (MCS) <sup>d</sup>	Eigenes dyadisches Coping (DCI) <sup>e</sup>	Gemeinsames dyadisches Coping (DCI) <sup>e</sup>
Skala 1							
<i>Allgemeiner psychischer Distress</i>	<b>.52**</b>	<b>.76**</b>	<b>.71**</b>	<b>-.32**</b>	<b>-.70**</b>	<b>.21*</b>	-.03
Skala 2							
<i>Progridienzangst</i>	<b>.61**</b>	<b>.56**</b>	<b>.53**</b>	<b>-.14*</b>	<b>-.54**</b>	<b>.26**</b>	-.01
Skala 3							
<i>Partnerschaftlicher Distress</i>	<b>.22**</b>	<b>.37**</b>	<b>.36**</b>	<b>-.17**</b>	<b>-.36**</b>	-.03	<b>-.35**</b>
Kurzform FBK-P-KF	<b>.55**</b>	<b>.65**</b>	<b>.66**</b>	<b>-.22**</b>	<b>-.64**</b>	<b>.22**</b>	<b>-.14*</b>

Anmerkungen. \* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant.; \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

<sup>a</sup> = NCCN Distress Thermometer; Mehnert et al., 2006; <sup>b</sup> = PHQ-9; Kroenke et al., 2001; <sup>c</sup> = GAD-7; Spitzer et al., 2006; <sup>d</sup> = SF-8 Skalen (MSC & PCS), Ware et al., 2001; <sup>e</sup> = DCI; Bodenmann, 200

*Reliabilitätsanalyse.* Die Reliabilitätsanalyse für die Langform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) ergab nach Weise (1975) gute bis sehr gute interne Konsistenzen für die drei Skalen. Tabelle 8 zeigt die jeweiligen Cronbachs  $\alpha$  für die Skalen.

Tabelle 8

*Interne Konsistenzen der Skalen des FBK-P*

Gesamt	Skala 1	Skala 2	Skala 3
	Allgemeiner psychischer Distress	Progredienzangst	Partnerschaftlicher Distress
Cronbachs $\alpha$	.92	.91	.85

**5.2.1.6 Cut-Off für die Langform des FBK-P (Receiver-Operating-Characteristic).** Die ROC-Analyse für die Langform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) ergab eine AUC im moderaten Bereich bei .84 bei einem Cut-off Wert von 37.5. Die Maße der diskriminatorischen Fähigkeit (SEN = .80; SPE = .75) zeigen an, dass stark und weniger belastete Partner\*innen von Krebserkrankten tatsächlich richtig identifiziert werden. Der Cut-off-Wert liegt etwas über eine halbe Standardabweichung unter dem Gesamtmittelwert.

### 5.3 Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung der Kurzform des FBK-P (FBK-P-KF).

**5.3.1 Itemreduktion.** Die Itemreduktion fand unter methodischen und inhaltlichen Gesichtspunkten statt. Zuerst wurden alle Items des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) mit Trennschärfeindizes unter .70 ausgeschlossen (Item-Nr. 11, 16, 18, 19, 22), da sie nicht ausreichend gut zwischen den Probanden diskriminieren. In einem zweiten Schritt wurden vier Items aufgrund von inhaltlich theoretischen Dopplungen entfernt. Dabei wurde von den doppelten Items dasjenige mit der geringeren Trennschärfe ausgeschlossen (Item-Nr. 3, 6, 8, 10, 17). Aus dem verbleibenden Itempool wurden sukzessive weitere Items unter der Prämisse eliminiert, eine maximal mögliche interne Konsistenz bei möglichst geringer Itemanzahl zu erreichen (Item-Nr. 4, 5, 9, 15). Dazu wurden verschiedene Kombinationen hinsichtlich des Kennwertes Cronbachs  $\alpha$  miteinander verglichen. Mithilfe dieses Vorgehens konnten 14 Items aus dem Itempool entfernt werden, sodass neun Items in der Kurzform verbleiben. Abbildung 5 zeigt eine schematische Darstellung des Vorgehens bei der Itemreduktion.



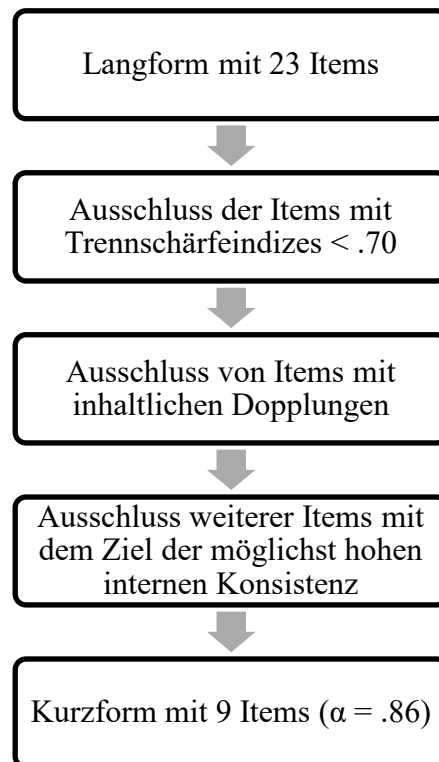


Abbildung 5. Schematische Darstellung der einzelnen Schritte der Itemreduktion.

### 5.3.2 Itemanalyse.

**5.3.2.1 Verteilungscharakteristika.** Der Kolmogorov-Smirnow-Test ergab für die Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) für die vorliegende Stichprobe mit  $p = .01$  keine signifikante Normalverteilung ( $p < .05$ ). Da diejenigen Items in der Kurzform verblieben sind, die vor allem hohen krebspezifischen Distress erfassen sind die Daten schief verteilt.

**5.3.2.2 Itemschwierigkeit.** Die Itemschwierigkeiten sind äquivalent zu den Werten der Langform. Die Koeffizienten streuen zwischen  $S = .25$  bis  $S = .53$  im guten Bereich. Die Ergebnisse Schwierigkeitsanalysen sind in Tabelle 4 dargestellt.

**5.3.2.3 Trennschärfe.** Die Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson zur Berechnung der Trennschärfe sind in Tabelle 4 aufgeführt. Die Koeffizienten streuen von  $r_{it} = .44$  bis  $r_{it} = .64$  und liegen damit im moderaten bis guten Bereich. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die veränderten Trennschärfeindizes der Kurzform des Fragebogens.

Tabelle 9

*Trennschärfeindizes der Kurzform des FBK-P*

Item	Bezeichnung ( <i>ehemalige Skala</i> )	<i>r</i>
1	...fühle ich mich häufig schlapp und kraftlos. ( <i>Skala 1</i> )	.61
2	...ist unsere Beziehung problematischer geworden. ( <i>Skala 3</i> )	.44
7	...habe ich starke Stimmungsschwankungen. ( <i>Skala 1</i> )	.64
12	...bin ich häufig niedergeschlagen. ( <i>Skala 1</i> )	.71
13	...verschließt sich mein Partner vor mir. ( <i>Skala 3</i> )	.53
14	...ist unsere Beziehung weniger belastbar. ( <i>Skala 3</i> )	.53
20	Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung Schmerzen bekommen könnte. ( <i>Skala 2</i> )	.57
21	Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung war schwer zu ertragen. ( <i>Skala 2</i> )	.56
23	In Bezug auf die Erkrankung habe ich Angst vor dem was die Zukunft bringt. ( <i>Skala 2</i> )	.62

*Anmerkungen.* *r* = Trennschärfe; Skala 1 = allgemeiner psychischer Distress; Skala 2 = Progredienzangst; Skala 3 = partnerschaftlicher Distress

**5.3.2.4 Homogenität.** Die Ergebnisse der Inter-Item-Korrelationen sind in Tabelle D4 in Anhang D dargestellt. Die Korrelationen ergeben geringe bis mittlere signifikante Ergebnisse von .21 bis .70.

**5.3.2.5 Testgütekriterien.**

*Validitätsanalyse.* Zur Betrachtung der konvergenten Validität wurden das NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006), der PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) und der GAD-7 (Spitzer et al., 2006) herangezogen. Die Korrelationen sind signifikant und befinden sich im mittleren bis hohen Bereich (.55 bis .66). Die diskriminante Validität bestätigt sich durch die signifikanten negativen Korrelationen mit dem mentalen Score des SF-8 (Ware et al., 2001; -.64).

*Reliabilitätsanalyse.* Die interne Konsistenz der Kurzform des Fragebogens liegt mit  $\alpha = .86$  im guten Bereich.

**5.3.2.6 Cut-Off für die Kurzform des FBK-P.** Die ROC-Analyse für die Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) ergab eine AUC im moderaten Bereich bei .83 bei einem Cut-off Wert von 10.5. Die Maße der diskriminatorischen Fähigkeit (SEN = .83; SPE = .65) zeigen an, dass stark und weniger belastete Partner\*innen von Krebserkrankten tatsächlich richtig identifiziert werden. Der Cut-off-Wert liegt etwas über eine halbe Standardabweichung unter dem Gesamtmittelwert.

## 5.4 Prädiktoren für Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten

Es wurde eine logistische Regressionsanalyse für die vorliegenden Daten durchgeführt. Die subjektiv wahrgenommene Belastung in der Langform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) wurde mithilfe des errechneten Cut-Offs in die Kategorien „hoch belastet“ und „niedrig belastet“ eingeteilt. Diese Einteilung bildet die abhängige Variable im untersuchten Regressionsmodell. Als unabhängige Variablen wurden folgende demografische und erkrankungsspezifische Items einbezogen: „Alter des Partners“, „Geschlecht des Partners“, „Familienstand des Partners“, das „Vorhandensein minderjähriger Kinder“, die „aktuelle Arbeitssituation des Partners“, der „höchste Bildungsabschluss des Partners“, „eigene körperliche Erkrankungen des Partners“, „Rezidive in der Krebserkrankung des Patienten“, das „Stadium der Erkrankung des Patienten“.

202 Fälle wurden analysiert und das Modell sagt die Belastung der Befragten signifikant voraus (omnibus  $\chi^2 = 47.78$ ;  $df = 9$ ;  $p < .000$ ). Das Modell erklärt zwischen 21.1% und 28.9% der Varianz der Belastung der Befragten und sagt die Belastung von 83.1% der Befragten richtig voraus. Für die Gruppe der nicht belasteten Befragten ist die Voraussage des Modells zu 51.4% korrekt. Insgesamt sind mithilfe des Modells 71.8% der Vorhersagen korrekt. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Koeffizienten der einzelnen unabhängigen Variablen. Sie zeigt, dass die Variablen „Alter des Partners“, „eigene körperliche Erkrankungen“, „Rezidive in der Erkrankung“ und das „Krankheitsstadium“ die Belastung signifikant voraussagen. Bzgl. des Alters wird deutlich, dass mit steigendem Alter das Risiko für eine hohe Belastung sinkt ( $OR = .901$ ). Eigene körperliche Erkrankungen der Partner\*innen ( $OR = 2.178$ ), eine rezidivierende Krebserkrankung ( $OR = 3.639$ ) und ein fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung ( $OR = 3.570$ ) erhöhen hingegen das Risiko einer hohen Belastung.

Tabelle 10

*Koeffizienten der unabhängigen Variablen der logistischen Regressionsanalyse*

Variable	B	Wald	p	Odds ratio	95% Konfidenzintervall	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Alter des Partners	-.091	13.55	.000**	.913	.870	.958
Geschlecht des Partners	-.457	1.55	.214	.633	.308	1.301
Familienstand	.692	.986	.321	1.998	.510	7.835
Vorhandensein von minderj. Kindern	.515	.448	.502	1.674	.370	7.567

Arbeitssituation	.418	3.881	.051	1.519	1.002	2.304
Bildungsabschluss	.189	1.368	.242	.827	.602	1.137
Eigene körperliche Erkrankung	.778	5.128	.024**	2.178	1.110	4.272
Rezidive in der Krebserkrankung	1.29	7.993	.005**	3.639	1.486	8.909
Stadium der Krebserkrankung	1.27	12.14	.000**	3.570	1.745	7.305

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient; Wald = Wald-Kennwert; \*\* =  $p < .01$

## 5.5 Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse

In der qualitative Datenanalyse konnten aus insgesamt  $N = 704$  auswertbaren Aussagen 7 Kategorien erster Ordnung und 18 Kategorien zweiter Ordnung im Bereich „*Distress*“ und 6 Kategorien erster Ordnung und 12 Kategorien zweiter Ordnung im Bereich „*Ressourcen*“ identifiziert werden. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Kategorien erster Ordnung und die dazugehörigen Kategorien zweiter Ordnung. Sie werden getrennt nach „*Distress*“ (Tabelle 11) und „*Ressourcen*“ (Tabelle 12) dargestellt.

**5.5.1 Analyse der Distressfaktoren.** In den Distressfaktoren bilden die Bereiche „*Diagnose*“, „*Krankheitsverlauf*“, „*Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung*“, „*medizinische Betreuung*“, „*psychische Belastungen*“, „*partnerschaftliche Belastungen*“ und „*soziale Belastungen*“ die Kategorien erster Ordnung.

Die Kategorie erster Ordnung „*medizinische Betreuung*“ beinhaltet Aussagen, die Distress im Zusammenhang mit allen Bereichen der Behandlung der Krebserkrankung des Patienten beschreiben. Dazu gehören die notwendigen Behandlungsverfahren, in diesem Rahmen entstandene Komplikationen oder subjektiv wahrgenommene Behandlungsfehler, die Interaktion und Kommunikation mit dem behandelnden Personal und ein als belastend erlebter Mangel an Informationen über die Erkrankung und Behandlung sowie die Wartezeiten zwischen den Untersuchungen und der Ergebnismeldung und die teils lange Behandlungsdauer.

Die Kategorie erster Ordnung „*Psychische Belastungen*“ beschreibt Aussagen, die die seelische Belastung der befragten Partner\*innen thematisieren. Dazu gehört die Progredienzangst, subjektiv wahrgenommene Hilflosigkeit, eigene depressive Symptomatik, Sorge um den Erkrankten und das Fehlen eines eigenen Ansprechpartners.

Die Kategorie erster Ordnung „*Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung*“ fasst Antworten zusammen die beinhalten, dass die Resultate aus der Erkrankung oder Behandlung eine Belastung darstellen. Dazu gehören Nebenwirkungen und körperliche Veränderungen als Folge der Eingriffe, Schmerzen, eine eingetretene Pflegebedürftigkeit und ein langfristig reduzierter Gesundheitszustand.

Die Kategorie „*Diagnose*“ beinhaltet alle Aussagen, die beschreiben, dass sowohl die Rückmeldung der Krebsdiagnose als auch die Anerkennung der Tatsache der Erkrankung belastend waren. Zudem sind grundsätzliche Schwierigkeiten in der Krankheitsakzeptanz inkludiert. Zur Kategorie erster Ordnung „*Diagnose*“ konnte keine Kategorie zweiter Ordnung erstellt werden.

Die Kategorie erster Ordnung „*Krankheitsverlauf*“ umfasst alle Aussagen, die einen progredienten Erkrankungsverlauf beschreiben, der Distress für die Befragten auslöste. Darunter subsumieren sich der die stetige Verschlechterung der Gesundheit trotz Behandlung, die Unheilbarkeit der Erkrankung und daraus resultierende limitierte Lebenszeit, das Auftreten von Metastasen und Rezidiven sowie der Tod des Erkrankten.

Die Kategorie erster Ordnung „*Soziale Belastungen*“ beschreibt Distress, der aus dem Alltag und dem sozialen Umfeld resultiert und der die Alltagsgestaltung und die Zukunftsplanung negativ beeinflusst. Dazu gehören die Doppel- bzw. Dreifachbelastung durch Berufsleben und Elternschaft, die Übernahme der Aufgaben des Erkrankten und unvorhergesehene, zusätzliche Belastungen oder Konflikte im sozialen Umfeld.

Die Kategorie „*Partnerschaftliche Belastungen*“ beinhaltet Aussagen, die Distress innerhalb der Partnerschaft heranziehen. Dazu gehören Schwierigkeiten in der Paarkommunikation, Veränderungen in der Sexualität, die Wahrnehmung unterschiedlicher Bewältigungsstrategien, die zu Konflikten führen und die Belastung des Erkrankten, die den Distress der befragten Partner\*innen steigert.

Tabelle 11

*Anwendungsregeln und Beispielitems für die Kategorien erster und zweiter Ordnung im Bereich „Distress“*

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Beispielitem
<i>Medizinische Betreuung</i>		
Behandlungs- verfahren	Für die Krebserkrankung notwendige Behandlungen wie Operationen, Chemotherapie, Strahlentherapie u.v.m. führen zu einer Belastung der Befragten; Wartezeit zwischen Untersuchung und Ergebnisrückmeldung; Dauer der Behandlung	„...“, dass immer wieder neue Operationen notwendig waren.“ „Das Warten nach der Biopsie = 14 Tage.“
Behandlungsfehler	subjektiv wahrgenommene Fehler und Komplikationen in der Behandlung, die für den Befragten belastend waren	„Trotz regelmäßiger Vorsorge, bei PSA-Wert 12 hat der Urologe meinen Mann nicht zur Biopsie geschickt, daher der Austritt des Krebses aus der Prostata, erst der Hausarzt hatte weitere Schritte veranlasst, es war zu spät.“
Interaktion mit medizinischem Personal	Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem behandelnden Personal wurde als schwierig erlebt; Aufklärung und Informationsweitergabe erfolgte aus Sicht des Befragten nicht adäquat	„... die Arroganz des ersten behandelnden Professors.“ „... mein Unwissen über die Behandlungsmöglichkeiten.“
<i>Psychische Belastungen</i>		
Prognedienzanst	Die Befragten äußern Sorgen bzgl. der weiteren Entwicklung der Erkrankung, der Ungewissheit der Zukunft, Angst vor dem Tod, langem Leiden oder Siechtum des Erkrankten	„die Angst vor der Zukunft, vor dem Tod oder vor dem Verlust eines lieben Menschen.“

Hilflosigkeit	Unsicherheiten bzgl. der Unterstützung des Patienten; die befragten Partner*innen haben den Eindruck keine adäquate Hilfe leisten zu können oder dass ihre Hilfestellung nicht wirksam ist oder sie sich mit der Unterstützung überfordert fühlen	„...dem Leiden meiner Frau so ohnmächtig zusehen zu müssen.“
Depressive Symptomatik	die befragten Partner*innen berichten von Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Rumination, sozialem Rückzug, fehlenden Ansprechpartnern und anderen typischen Symptomen einer depressiven Verstimmung	„...Schlaflosigkeit, Depression.“
Sorge um den Erkrankten	die befragten Partner*innen sorgen sich um den Erkrankten oder befürchten, dass dieser der Belastung durch die Erkrankung nicht standhält	„Die Sorge, dass mein Mann sich aufgibt und keine Hoffnung mehr sieht.“

---

*Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung*

---

Körperliche Veränderung	Durch die Erkrankung oder Behandlung ergeben sich körperliche Veränderungen (Mastektomie, Stoma, Blasenkatheter, Tracheostoma etc.) und/oder der/die Erkrankte leidet unter Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit, Infekte etc.) und/oder Schmerzen, die als belastend erlebt werden	„nicht rückzubildendes Stoma.“ „... die Schmerzen meiner Lebens-partnerin.“
Reduzierter Gesundheitszustand	Die gesundheitliche Verfassung des/der Erkrankten während und/oder nach Beendigung der Behandlung verbleibt in einem reduzierten Zustand (ggf. Pflegebedarf), der für den Befragten belastend ist	„Ihr körperlicher Zustand seit der OP im September 2012, der sich bis heute nur mäßig verbessert hat.“

---

*Krankheitsverlauf*

---

Stetige Verschlechterung der Gesundheit	Die Gesundheit der Erkrankten verschlechtert sich trotz medizinischer Bemühungen stetig und es besteht keine Aussicht auf Besserung der Symptomatik; der Erkrankte ist verstorben; es besteht eine infauste Prognose mit nur noch limitierter Lebenszeit	„Das Wissen, dass er die Krankheit nicht überlebt.“
Metastasen	Im Krankheitsverlauf des/der Patient*in sind Metastasen oder Rezidive der Erkrankung aufgetreten	„Wechselbäder zwischen Hoffen und immer wieder neuen Metastasen.“

---

*Diagnose*

---

Diagnose	Die Rückmeldung der Krebsdiagnose; die Anerkennung der Tatsache der Erkrankung; Schwierigkeiten in der Krankheitsakzeptanz	„Der Augenblick der Diagnose.“
----------	--	--------------------------------

---

*Soziale Belastungen*

---

Berufsleben/ Elternschaft	durch die Berufstätigkeit und/oder die Elternschaft der befragten Partner*innen entstehen Belastungen, die die Unterstützung der Erkrankten erschweren	„Durch meinen beruflichen Wechsel war die Situation daher schlimm, weil ich nur an den Wochenenden bei der Familie sein konnte.“ „Angst für das Kind nicht genug Kraft zu haben.“
Zusätzliche Aufgaben/ Verpflichtungen	die Befragten berichten von einer Übernahme der Alltagsaufgaben der Erkrankten; es treten unvorhergesehene Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung auf; es bestehen weitere Belastungen	„Als die Diagnose kam, wurde meine Mutter ein Pflegefall. Während mein Mann zur Reha war, lag sie im Sterben und verstarb am Tag seiner Rückkehr.“, „Keine Hilfe vom Sohn meiner Lebens-partnerin, obwohl Haus und Grundstück ihr und dem Sohn gehört. Haben sehr viel Liebe in die Enkelkinder



investiert, leider kommt nichts zurück in unserem Alter.“

Veränderungen in der Lebens-planung      gemeinsame Ziele und Vorhaben können nicht mehr erreicht bzw. aufrechterhalten werden; es besteht Unsicherheit, wie das gemeinsame Leben weiter fortführbar ist      „Angst, dass wir nicht mehr viel unternehmen können, Haus gerade erst gekauft.“

---

*Partnerschaftliche Belastungen*

---

Sexualität	die befragten Partner*innen leiden unter einem eingeschränkten oder vollständig eingestellten Sexualleben	„... die ersten Jahre sexueller Entzug.“
Kommunikationschwierigkeiten	die Befragten beschreiben, dass partnerschaftliche Gespräche nicht zufriedenstellend oder konfliktreich sind bzw. dass die individuellen Bewältigungsstrategien bzgl. der Erkrankung unterschiedlich sind	„Vielleicht ist es egoistisch von mir, dass er nie darüber spricht und es ihm unwichtig ist, wie es mit mir weitergehen soll. Ich habe große Angst vor dem Danach!“
Belastung des Erkrankten	Die Erkrankten erleben eine erhebliche psychische Belastung, zeigen Symptome einer psychischen Erkrankung oder keine Behandlungsmotivation	„Stimmungsschwankungen und angespannte Stimmung meiner Frau.“

**5.5.2 Analyse der Ressourcen.** Die Kategorien erster Ordnung der Ressourcen beschreiben die Bereiche „*Medizinische Betreuung*“, „*Emotionale und praktische soziale Unterstützung*“, „*Emotionale und praktische Copingstrategien*“, „*Partnerschaftliche Unterstützung*“, „*Auseinandersetzung mit der Erkrankung*“ und „*Psychosoziale Maßnahmen*“.

Unter der Kategorie erster Ordnung „*medizinische Betreuung*“ werden alle Aussagen zusammengefasst, die in der professionellen medizinischen Behandlung und Betreuung Ressourcen darstellen. Dazu gehört die direkte Behandlung, die als sinnvoll und krankheitslindernd angesehen wird, als positiv und hilfreich wahrgenommene Gespräche mit Ärzten, Unterstützung durch freundliches, kompetentes und fürsorgliches Pflegepersonal und die darüber hinaus wahrgenommene Unterstützung durch das Gesundheitssystem (z.B. Krankenkassen etc.).

Die Kategorie „*emotionale und praktische soziale Unterstützung*“ beinhaltet alle Aussagen, die Unterstützung jedweder Art durch die Familie und das soziale Umfeld beschreiben.

Die Kategorie erster Ordnung „*emotionale und praktische Copingstrategien*“ fasst alle Aussagen zusammen, die unter der Berücksichtigung der Definition des Begriffs „*Coping*“ individuelle Strategien des Befragten beschreiben. Dazu zählen neben Strategien zur Ablenkung von der Erkrankung auch die Entwicklung funktionaler Kognitionen und Religiosität.

Die Kategorie „*Partnerschaftliche Unterstützung*“ beinhaltet intradyadische Ressourcen. Dazu zählen gemeinsam verbrachte Zeit, partnerschaftliche Gespräche, das Bekunden von Zuneigung aber auch eine funktionale, hilfreiche Einstellung der Partner\*innen.

Die Kategorie erster Ordnung „*Auseinandersetzung mit der Erkrankung*“ fasst Aussagen zusammen, die sich auf eine funktionale inhaltliche Beschäftigung mit der Erkrankung beziehen, bspw. durch Gespräche mit Fachpersonal, eigene Recherchen, Lesen von Informationsmaterial etc., wodurch der Befragte einen Kompetenzzuwachs erlebt und Selbstwirksamkeit entwickelt. Die Kategorie „*Psychosoziale Maßnahmen*“ beschreibt die Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfsangeboten, welche als unterstützend bewertet wurden. Darunter fallen Psychotherapie, Beratungsangebote, Psychoonkologie und Selbsthilfegruppen.

Tabelle 12

*Anwendungsregeln und Beispielitems für die Kategorien erster und zweiter Ordnung im Bereich „Ressourcen“*

Kategorie	Beschreibung der Kategorie	Beispielitem
<i>Medizinische Betreuung</i>		
Medizinische Betreuung	die Zusammenarbeit mit medizinischem Personal (z.B. Ärzten) wird angenehm und hilfreich erlebt; die Unterstützung des Pflegepersonals ist entlastend und zusätzliche Hilfen, die durch das Gesundheitssystem angeboten werden, werden als unterstützend angesehen	„Die kompetente Betreuung durch das Klinikum und die Gynäkologin.“
Medizinische Behandlung	die medizinische Behandlung wird als wirksam und hilfreich bei der Genesung des Erkrankten wahrgenommen; ambulante, stationäre, Akut- & Anschlussheilbehandlungen sowie Nachsorge	Ganzheitliche Organisation durch das Brustzentrum der Klinik (Diagnose, Therapie, Nachsorge).
<i>Emotionale und praktische soziale Unterstützung</i>		
Familiäre Unterstützung	Es wird sowohl praktische als auch emotionale Unterstützung aus dem familiären Umfeld als angenehm und hilfreich erlebt; Gespräche, Zeichen von Zuneigung und Zusammenhalt, Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags und Ablenkung von der Erkrankung	„...wie ihre Krankheit die Familie (Kinder und Schwiegersöhne) zusammengeschweißt hat.“
Anteilnahme des sozialen Umfelds	Unterstützung aus dem sozialen Umfeld wird als angenehm und hilfreich empfunden; praktische Unterstützung durch bspw. Übernahme von Aufgaben als auch emotionale Unterstützung durch Gespräche und Zuwendung	„Der Zuspruch und die Unterstützung von Arbeitskollegen und Freunden.“
<i>Emotionale und praktische Copingstrategien</i>		

Positive Einstellung	funktionales, positives Denken des Befragten bei der Bewältigung des Distress durch die Erkrankung des Patienten	„Eine positive Grundeinstellung, sich das Lachen nicht verbieten und die Herausforderung anzunehmen.“
Religiosität	der Befragte beschreibt seinen Glauben als unterstützenden, festigenden Faktor	„...manchmal auch eine gute Predigt.“
Ablenkung	praktische Beispiele für funktionale Ablenkung von der Erkrankung werden genannt; Hobbies, soziales Engagement und sportliche Aktivitäten	„Mein Mann hat eine Selbsthilfegruppe gegründet, in der er sich aktiv für Betroffene einsetzt. Man kommt auf andere Gedanken und verdrängt die Krankheit.“
<i>Partnerschaftliche Unterstützung</i>		
Gemeinsame Zeit und Gespräche	die Befragten beschreiben die Partnerschaft als Ressource und geben an, dass gemeinsam verbrachte Zeit, körperliche Nähe und partnerschaftliche Gespräche als hilfreich erlebt werden	„starke und liebevolle Partnerschaft.“
Einstellung des Partners	die positive Einstellung des Erkrankten wird von befragten Partner*innen als hilfreich bewertet	„Der offene Umgang mit meiner Frau in Bezug auf ihre Krankheit.“
<i>Auseinandersetzung mit der Erkrankung</i>		
Auseinandersetzung mit der Erkrankung	inhaltliche Beschäftigung mit der Erkrankung durch Gespräche mit Fachpersonal, eigene Recherchen, Lesen von Informationsmaterial etc.; Erleben von Kompetenzzuwachs und Selbstwirksamkeit	„Meine Informationen über die Krankheit, welche ich in einschlägiger Literatur fand. Gewonnene Erkenntnis: es ist kein Todesurteil.“
<i>Psychosoziale Maßnahmen</i>		

---

Psychotherapie und Beratung	individuelle oder partnerschaftliche Psychotherapie o.ä. Interventionen, die von Psychologen angeboten werden; Angebote von Beratungsstellen, psychoonkologische Unterstützung und Seelsorge	„Betreuung inkl. Erfahrungen auf dem Gebiet der psychoonkologischen Betreuung in einem zertifizierten Brustkrebszentrum.“
SHG	die Befragten geben an, dass die Arbeit oder Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe hilfreich und unterstützend gewesen ist	„Die Selbsthilfegruppe ist da wirklich sehr hilfreich, auch zu sehen, wie die Anderen damit umgehen.“

---

**5.5.3 Interraterreliabilität.** Die Aussagen wurden von drei voneinander unabhängigen Personen geratet und den Kategorien erster und zweiter Ordnung zugeteilt. Die Analysen zur Interraterreliabilität wurden für die Kategorien erster Ordnung für die Distressfaktoren und Ressourcen durchgeführt. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse für die Berechnung der Interraterreliabilität für die Kategorien erster Ordnung in den Distressfaktoren und Ressourcen.

Tabelle 13

*Interraterreliabilität*

Kategorie	Kappa	<i>p</i>
<i>Distress</i>		
Medizinische Betreuung	.97	.000*
Psychische Belastung	.99	.000*
Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung	1.00	.000*
Krankheitsverlauf	.95	.000*
Diagnose	.97	.000*
Soziale Belastungen	.94	.000*
Partnerschaftliche Belastungen	.97	.000*
<i>Ressourcen</i>		
Medizinische Betreuung	.99	.000*
Emotionale und praktische soziale Unterstützung	.97	.000*
Emotionale und praktische Copingstrategien	.93	.000*
Partnerschaftliche Unterstützung	.94	.000*
Krankheitswissen	.96	.000*
Psychosoziale Unterstützung	.93	.000*

Anmerkungen. \* =  $p \leq .01$

**5.5.4 Häufigkeitsangaben zur Nennung der einzelnen Kategorien.** Für die Distressfaktoren wurden  $N = 363$  Aussagen von  $N = 275$  Befragten ausgewertet. Davon waren  $n = 208$  Aussagen von  $n = 158$  weiblichen Befragten und  $n = 155$  Aussagen von  $n = 116$  männlichen Befragten. Für

die Ressourcen wurden  $N = 341$  Aussagen ausgewertet, wobei  $n = 198$  Aussagen von weiblichen und  $n = 143$  Aussagen von männlichen Teilnehmern stammten. Tabelle 14 und Tabelle 15 geben einen Überblick über die Häufigkeit der Nennung der Kategorien erster Ordnung für die Gesamtanzahl der Aussagen und für die Aussagen getrennt nach Geschlecht. Die Tabellen E1 und E2 in Anhang E geben detaillierte Auskunft über die Nennung der einzelnen Kategorien erster und zweiter Ordnung.

**5.5.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede in Distress und Ressourcen.** In den Distressbereichen zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der „*partnerschaftlichen Belastung*“ (Kategorie erster Ordnung) sowie in den Kategorien zweiter Ordnung „*Interaktion mit medizinischem Personal*“ und „*Belastung des Erkrankten*“. In den Ressourcen bestehen signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kategorie zweiter Ordnung „*Selbsthilfegruppen*“. Tabelle 14 und Tabelle 15 geben einen Überblick über die Ergebnisse.

**5.5.6 Distressspezifische Unterschiede in Distress und Ressourcen.** Zur Differenzierung zwischen Partner\*innen mit hohem bzw. niedrigem Distress wurde das Ergebnis der ROC-Analyse (Kapitel 5.2.1) herangezogen. Auf Basis des errechneten Cut-Offs für die Langform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) von 37.5 wurden die Partner\*innen in die Gruppen „*Hoch belastet*“ ( $n = 157$ ) und „*Niedrig belastet*“ ( $n = 92$ ) eingeteilt. Bei den Distressfaktoren zeigten sich signifikante Unterschiede in den beiden Gruppen bei den Kategorien erster Ordnung „*Psychische Belastungen*“ und „*Soziale Belastungen*“ sowie bei den Kategorien zweiter Ordnung „*Behandlungsverfahren*“, „*Progredienzangst*“, „*Hilflosigkeit*“, „*Berufsleben/Elternschaft*“ und „*zusätzliche Verpflichtungen*“. Bei den Ressourcen fällt ein signifikanter Unterschied in der Kategorie zweiter Ordnung „*medizinische Behandlung*“ auf. Tabelle 14 und Tabelle 15 geben einen Überblick über die Ergebnisse.

Tabelle 14

*Unterschiede (Häufigkeiten und Prozent) in den Belastungen hinsichtlich des Geschlechts und des Distress*

	<i>GESAMT</i>	<i>GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE</i>			<i>DISTRESSUNTERSCHIEDE</i>		
Kategorien		Frauen	Männer	<i>p</i>	Hoch	Niedrig	<i>p</i>
	<i>N = 275</i>	<i>n = 158</i>	<i>n = 116</i>		<i>n = 157</i>	<i>n = 92</i>	
<i>Kategorien erster Ordnung</i>							
Diagnose ( <i>n</i> ,%)	30 (10.9)	10 (6.33)	20 (17.24)	.191 <sup>a</sup>	14 (8.9)	13 (14.1)	.202 <sup>a</sup>
Krankheitsverlauf ( <i>n</i> ,%)	23 (8.36)	9 (5.69)	14 (12.06)	.718 <sup>a</sup>	13 (8.3)	7 (7.6)	.851 <sup>a</sup>
Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung ( <i>n</i> ,%)	18 (6.54)	6 (3.79)	12 (5.17)	.322 <sup>a</sup>	8 (5.1)	7 (7.6)	.421 <sup>a</sup>
Medizinische Betreuung ( <i>n</i> ,%)	48 (17.45)	25 (15.82)	23 (19.82)	.255 <sup>a</sup>	21 (13.4)	20 (21.7)	.086 <sup>a</sup>
Psychische Belastungen ( <i>n</i> ,%)	165 (60.00)	80 (50.63)	85 (73.27)	.137 <sup>a</sup>	96 (61.1)	39 (42.4)	<b>.004<sup>a**</sup></b>
Partnerschaftliche Belastung ( <i>n</i> ,%)	40 (14.54)	31 (26.72)	9 (5.69)	<b>.004<sup>a**</sup></b>	23 (14.6)	10 (10.9)	.396 <sup>a</sup>
Soziale Belastungen ( <i>n</i> ,%)	39 (14.18)	16 (10.12)	23 (19.82)	.742 <sup>a</sup>	29 (18.5)	4 (4.3)	<b>.002<sup>a**</sup></b>
<i>Kategorien zweiter Ordnung</i>							
<i>Krankheitsverlauf</i>							
Stetige Verschlechterung der Gesundheit ( <i>n</i> ,%)	18 (6.54)	8 (5.06)	10 (8.62)	.558 <sup>a</sup>	8 (5.10)	6 (6.50)	.637 <sup>a</sup>
Metastasen ( <i>n</i> ,%)	5 (1.81)	1 (0.63)	4 (3.44)	.631 <sup>b</sup>	3 (1.90)	1 (1.10)	1.00 <sup>b</sup>



<i>Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung</i>							
Körperliche Veränderungen (n,%)	9 (3.27)	3 (1.89)	6 (5.17)	.736 <sup>b</sup>	5 (3.20)	4 (4.30)	.729 <sup>b</sup>
Reduzierter							
Gesundheitszustand (n,%)	9 (3.27)	3 (1.89)	6 (5.17)	.736 <sup>b</sup>	3 (1.90)	3 (3.33)	.673 <sup>b</sup>
<i>Medizinische Betreuung</i>							
Behandlungsverfahren (n,%)	37 (13.45)	15 (9.49)	22 (18.96)	.707 <sup>a</sup>	11 (7.00)	18 (19.60)	<b>.004<sup>a**</sup></b>
Behandlungsfehler (n,%)	6 (1.45)	3 (1.89)	6 (2.59)	1.00 <sup>b</sup>	2 (1.30)	2 (2.20)	.628 <sup>b</sup>
Interaktion mit med. Personal (n,%)	10 (3.63)	9 (5.69)	1 (0.86)	<b>.006<sup>b**</sup></b>	9 (5.70)	1 (1.10)	.097 <sup>b</sup>
<i>Psychische Belastungen</i>							
Progredienzangst (n,%)	110 (40.00)	50 (31.64)	60 (51.72)	.565 <sup>a</sup>	64 (40.80)	26 (28.3)	<b>.047<sup>a*</sup></b>
Hilflosigkeit (n,%)	38 (13.81)	21 (13.29)	17 (14.65)	.157 <sup>a</sup>	26 (16.60)	5 (5.40)	<b>.010<sup>a**</sup></b>
Depressive Symptomatik (n,%)	17 (6.18)	9 (5.69)	8 (6.89)	.970 <sup>a</sup>	10 (6.40)	5 (5.40)	.765 <sup>a</sup>
Sorge um den Erkrankten (n,%)	12 (4.36)	6 (3.79)	6 (5.17)	.700 <sup>a</sup>	6 (3.80)	6 (6.50)	.368 <sup>b</sup>
<i>Partnerschaftliche Belastung</i>							
Sexualität (n,%)	8 (2.90)	1 (0.63)	7 (6.03)	.080 <sup>b</sup>	6 (3.80)	1 (1.10)	.265 <sup>b</sup>
Schwierigkeiten in der							
Kommunikation (n,%)	8 (2.90)	1 (0.63)	7 (6.03)	.080 <sup>b</sup>	7 (4.50)	0 (0.00)	.049 <sup>b</sup>
Belastung des Erkrankten (n,%)	28 (10.18)	7 (4.43)	21 (18.10)	<b>.020<sup>a*</sup></b>	13 (8.30)	9 (9.80)	.687 <sup>a</sup>

<i>Soziale Belastungen</i>							
Berufsleben/Elternschaft (n,%)	14 (5.09)	9 (5.69)	5 (4.31)	.129 <sup>a</sup>	12 (7.60)	1 (1.10)	<b>.035<sup>b*</sup></b>
Zusätzliche Verpflichtungen (n,%)	15 (5.45)	5 (3.16)	10 (8.62)	.239 <sup>a</sup>	15 (9.60)	1 (1.10)	<b>.009<sup>a**</sup></b>
Veränderungen in der Lebensplanung (n,%)	9 (3.27)	3 (1.89)	6 (5.17)	.736 <sup>b</sup>	7 (4.5)	1 (1.10)	.145 <sup>b</sup>
Anzahl Aussagen (n)	363	208	155				

Anmerkungen: <sup>a</sup> = Chi<sup>2</sup> vier Felder Test; <sup>b</sup> = Exakter Test nach Fisher; \* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Tabelle 15

*Unterschiede (Häufigkeiten und Prozent) in den Ressourcen hinsichtlich des Geschlechts und des Distress*

Kategorie	<i>GESAMT</i>	<i>GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE</i>			<i>DISTRESSUNTERSCHIEDE</i>		
		Frauen	Männer	<i>p</i>	Hoch	Niedrig	<i>p</i>
	<i>N</i> = 242	<i>n</i> = 140	<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 157	<i>n</i> = 92	
<i>Kategorien erster Ordnung</i>							
Medizinische Betreuung ( <i>n</i> ,%)	91 (37.60)	38 (27.14)	53 (51.96)	.496 <sup>a</sup>	48 (30.60)	24 (26.10)	.451 <sup>a</sup>
Emotionale und praktische soziale Unterstützung ( <i>n</i> ,%)	118 (48.76)	53 (37.86)	65 (63.72)	.988 <sup>a</sup>	67 (42.70)	31 (33.70)	.162 <sup>a</sup>
Emotionale und praktische Copingstrategien ( <i>n</i> ,%)	30 (12.39)	17 (12.14)	23 (22.55)	.775 <sup>a</sup>	23 (14.60)	9 (9.80)	.268 <sup>a</sup>
Partnerschaftliche Unterstützung ( <i>n</i> ,%)	44 (18.18)	20 (14.28)	24 (19.60)	.901 <sup>a</sup>	24 (15.30)	16 (17.40)	.662 <sup>a</sup>
Krankheitswissen ( <i>n</i> ,%)	18 (7.44)	6 (4.28)	12 (11.76)	.322 <sup>a</sup>	8 (5.10)	8 (8.70)	.263 <sup>a</sup>
Psychosoziale Maßnahmen ( <i>n</i> ,%)	30 (12.39)	9 (6.43)	21 (20.59)	.090 <sup>a</sup>	17 (10.8)	10 (10.9)	.992 <sup>a</sup>
<i>Kategorien zweiter Ordnung</i>							
<i>Medizinische Betreuung</i>							
Med. Betreuung ( <i>n</i> ,%)	62 (25.61)	26 (18.57)	36 (35.29)	.853 <sup>a</sup>	28 (17.80)	20 (21.70)	.451 <sup>a</sup>
Med. Behandlung ( <i>n</i> ,%)	37 (15.29)	18 (12.86)	19 (18.63)	.596 <sup>a</sup>	28 (17.80)	5 (5.40)	<b>.005<sup>a**</sup></b>
<i>Emotionale und praktische soziale Unterstützung</i>							
Familiäre Unterstützung ( <i>n</i> ,%)	79 (32.64)	30 (21.43)	49 (48.04)	.169 <sup>a</sup>	40 (25.50)	22 (23.90)	.783 <sup>a</sup>

Anteilnahme d. soz. Umfelds (n,%)	78 (32.23)	33 (23.57)	45 (44.12)	.638 <sup>a</sup>	46 (29.3)	21 (22.8)	.266 <sup>a</sup>
<i>Emotionale und praktische Copingstrategien</i>							
Positive Einstellung (n,%)	18 (7.44)	11 (7.86)	7 (6.86)	.146 <sup>a</sup>	9 (5.7)	8 (8.7)	.371 <sup>a</sup>
Glaube/Religiosität (n,%)	10 (4.13)	2 (1.43)	8 (7.84)	.194 <sup>b</sup>	4 (2.5)	0 (0.0)	.300 <sup>b</sup>
Ablenkung von Erkrankung (n,%)	12 (4.96)	4 (2.86)	8 (7.84)	.423 <sup>a</sup>	9 (5.7)	1 (1.1)	.097 <sup>b</sup>
<i>Partnerschaftliche Unterstützung</i>							
Gemeinsame Zeit (n,%)	36 (14.87)	15 (10.71)	21 (20.59)	.707 <sup>a</sup>	20 (12.7)	12 (13.0)	.945 <sup>a</sup>
Einstellung des Erkrankten (n,%)	11 (4.54)	6 (4.28)	5 (4.90)	.548 <sup>b</sup>	5 (3.2)	6 (6.5)	.338 <sup>b</sup>
<i>Psychosoziale Maßnahmen</i>							
Psychotherapie & Beratung (n,%)	10 (4.13)	5 (3.57)	5 (4.90)	.756 <sup>b</sup>	7 (4.5)	2 (2.2)	.492 <sup>b</sup>
Selbsthilfegruppen (SHG) (n,%)	23 (9.50)	5 (3.57)	18 (17.64)	<b>.022<sup>a*</sup></b>	13 (8.3)	8 (8.7)	.909 <sup>a</sup>
Anzahl Aussagen (n)	341	198	143				

Anmerkungen: <sup>a</sup> = Chi<sup>2</sup> vier Felder Test; <sup>b</sup> = Exakter Test nach Fisher; \* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

### **5.5.7 Korrelation der Kategorien erster Ordnung mit quantitativen Selbstberichtsmaßen.**

Die Kategorien erster Ordnung der Distressfaktoren und Ressourcen wurden mit den eingesetzten Selbstberichtsmaßen Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006), FBK-P (Kurz- & Langversion; Zimmermann et al., in Vorbereitung), PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006) und den psychischen und körperlichen Maßen des SF-8 (Ware et al., 2001) korreliert, um Zusammenhänge zu ermitteln. Die Korrelationsanalyse erfolgte zunächst mit allen Befragten und zusätzlich getrennt nach Geschlecht. Tabelle 16 zeigt die ermittelten Korrelationen nach Pearson für alle Befragten. Für die Tabellen zu den geschlechtsspezifischen Korrelationen sei auf den Anhang F verwiesen.

**5.5.7.1 Korrelationen bei den Distressfaktoren.** Für die gesamte Stichprobe zeigen sich signifikante Korrelationen im Bereich der „*psychischen Belastungen*“ mit dem NCCN Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006), PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) und GAD-7 (Spitzer et al., 2006), dem psychischen Maß des SF-8 (Ware et al., 2001) und beiden Versionen des FBK-P (Zimmermann, et al., in Vorbereitung). Die „*sozialen Belastungen*“ korrelieren signifikant mit allen erfassten Selbstberichtsmaßen.

Bei den männlichen Befragten bestehen signifikante Korrelationen zwischen dem NCCN Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006) und den „*psychischen Belastungen*“. Die „*Sozialen Belastungen*“ korrelieren signifikant mit dem körperlichen und psychischen Maß des SF-8 (Ware et al., 2001). Der Distress durch die „*Diagnose*“ korreliert ebenfalls signifikant mit dem körperlichen Maß des SF-8 (Ware et al., 2001).

Die „*psychische Belastung*“ der weiblichen Befragten korreliert signifikant mit dem PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), dem GAD-7 (Spitzer et al., 2006), dem mentalen Maß des SF-8 (Ware et al., 2001) und beiden Versionen des FBK-P (Zimmermann, et al., in Vorbereitung). Die Belastung durch die „*Diagnose*“ und die „*sozialen Belastungen*“ korrelieren signifikant mit dem PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) und das NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006) korreliert mit dem „*Krankheitsverlauf*“.

**5.5.7.2 Korrelationen bei den Ressourcen.** In der gesamten Stichprobe korreliert die „*emotionale und praktische soziale Unterstützung*“ signifikant mit dem NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006) und dem körperlichen Maß des SF-8 (Ware et al., 2001).

Bei den männlichen Befragten korreliert das körperliche Maß des SF-8 (Ware et al., 2001) mit der „*emotionalen und praktischen sozialen Unterstützung*“ und den „*emotionalen und praktischen Copingstrategien*“.

Die „*emotionale und praktische soziale Unterstützung*“ der weiblichen Befragten korreliert wie in der Gesamtstichprobe signifikant mit dem NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006) und dem körperlichen Maß des SF-8 (Ware et al., 2001).

Tabelle 16

*Korrelationen der Kategorien erster Ordnung mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten*

Distress Thermomete r	PHQ- 9 <sup>a</sup>	GAD-7 <sup>b</sup>	SF-8 <sup>c</sup> (mental)	SF-8 <sup>c</sup> (körperlich)	FBK-P <sup>d</sup> Kurzform	FBK-P <sup>d</sup> Langform
BELASTUNGEN						
<i>Medizinische Betreuung</i>						
.059	-.037	.049	-.015	-.023	-.050	-.046
<i>Psychische Belastungen</i>						
<b>.175**</b>	<b>.126*</b>	<b>.122*</b>	<b>-.169**</b>	.064	<b>.217**</b>	<b>.216**</b>
<i>Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung</i>						
.030	-.060	-.073	.055	.093	-.006	-.028
<i>Krankheitsverlauf</i>						
.069	.034	.025	.069	.008	-.021	.030
<i>Diagnose</i>						
-.056	-.065	-.094	-.036	.083	-.050	-.053
<i>Soziale Belastungen</i>						
<b>.142*</b>	<b>.116*</b>	<b>.114*</b>	<b>.128*</b>	<b>-.162**</b>	<b>.129*</b>	<b>.153*</b>
<i>Partnerschaftliche Belastungen</i>						
.019	.043	-.016	.070	-.017	.055	.064
RESSOURCEN						
<i>Medizinische Betreuung</i>						
.020	-.022	-.017	-.051	.022	-.059	-.021
<i>Soziale Unterstützung</i>						
<b>.159**</b>	.011	.018	-.054	<b>.215**</b>	.097	.086
<i>Coping</i>						
.057	.030	.049	.023	.104	.060	.055
<i>Partnerschaft</i>						
.029	-.022	-.024	-.010	.033	-.010	-.016
<i>Krankheitswissen</i>						

	-.052	-.057	-.024	-.021	.093	-.057	-.042
<i>Psychosoziale Unterstützung</i>							
	.040	-.074	.035	-.024	.070	-.005	-.013

---

*Anmerkungen.* \* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant; \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant; <sup>a</sup> = PHQ-9, Kroenke et al., 2001; <sup>b</sup> = GAD-7, Spitzer et al., 2006; <sup>c</sup> = SF-8 Skalen (MSC & PCS), Ware et al., 2001; <sup>d</sup> = FBK-P & FBK-P-KF, Zimmermann et al., in Vorbereitung

## 6 Diskussion

Im Folgenden werden die erlangten Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analysen unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse reflektiert und diskutiert. Dabei wird Bezug auf die Fragestellungen dieser Arbeit genommen. Zunächst werden die Ergebnisse der Replikation der psychometrischen Kennwerte, Validitätsanalysen und Faktorenstruktur des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) zusammengefasst (Fragestellung 1). Anschließend werden die Ergebnisse der Analysen zur neu entwickelten Kurzform des FBK-P-KF (Zimmermann et al., in Vorbereitung) und die Ergebnisse der Cut-Off Berechnungen dargestellt (Fragestellung 2). Daraufhin werden alle Ergebnisse der quantitativen Analysen der Fragebogenvarianten gemeinsam diskutiert. Außerdem werden die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse hinsichtlich der Prädiktoren für Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten zusammengefasst und reflektiert (Fragestellung 3). Anschließend folgt eine Zusammenfassung und Diskussion der Resultate der qualitativen Inhaltsanalyse zu Belastungen und Ressourcen der Partner\*innen Krebserkrankter. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analysen werden gegenübergestellt und ihre Operationalisierung hinsichtlich des Konstrukts Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten wird beleuchtet. Dann werden Limitationen der Studie berichtet. Schlussendlich folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit und Implikationen für zukünftige Forschungsfragen und die psychoonkologische Praxis werden abgeleitet.

### 6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zur quantitativen Untersuchung

**6.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Langform des Fragebogens.** Fragestellung eins bezieht sich auf die Replikation der faktoriellen Struktur und der guten bis sehr guten Gütekriterien des Fragebogens aus der Pilotierung (Kopsch, 2012). 23 Items bilden drei latente Faktoren „*allgemeiner psychischer Distress*“, „*Progredienzangst*“ und „*partnerschaftlicher Distress*“ des Konstrukts Distress ab.

Zur Diskussion der Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse wird aufgrund der hohen Interkorrelation der Items und Skalen das restringierte Modell herangezogen. Der

SRMR ist unter Berücksichtigung der Grenzwerte nach Hu und Beltler (1999) im adäquaten Bereich anzusiedeln. Der RMSEA liegt ebenfalls im adäquaten Bereich (Browne & Cudeck, 1992; Hu & Beltler, 1999) und der CFI und TLI weisen auf einen guten Fit hin. Die standardisierten Pfadkoeffizienten liegen durchweg deutlich über dem geforderten Grenzwert (Brown, 2006) und sind statistisch hoch signifikant, sodass angenommen werden kann, dass die Items Bereiche der zugrundeliegenden latenten Konstrukte abbilden.

Die internen Konsistenzen liegen im guten bis sehr guten Bereich. Bei der Betrachtung der Itemschwierigkeit zeigt sich, dass der Großteil der Items im mittleren Schwierigkeitsbereich liegen und demnach als brauchbar im Sinne der Differenzierung zwischen Probanden gelten. In der ersten Skala „*allgemeiner psychischer Distress*“ liegen einige Itemschwierigkeiten (Items 4, 5, 6) im niedrigen Bereich und sollten demnach nicht zur Differenzierung zwischen Befragten herangezogen werden (Bühner, 2011). In der ersten psychometrischen Überprüfung wiesen die betroffenen Items gute, mittlere Itemschwierigkeiten auf.

Die Analyse der Trennschärferechnung ergibt gute Ergebnisse für alle untersuchten Items. Für die Homogenitätsanalysen wird angenommen, dass die Items innerhalb einer Skala höher miteinander korrelieren als über die Skalen hinweg. Die Betrachtung der Ergebnisse der Korrelationen bestätigt diese Annahme. Da die Konstrukte, die durch den FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) abgebildet werden, teilweise deutliche inhaltliche Überschneidungen aufweisen, ist davon auszugehen, dass die Skalen Interkorrelationen aufweisen. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse der Homogenitätsanalyse untermauert. Sowohl die Skalen als auch die Items der nicht zugehörigen Skalen korrelieren signifikant. Es ist davon auszugehen, dass die Skalen bzw. Items des Fragebogens ähnliche Informationen abbilden (Bortz & Döring, 2005).

Analysen zur konvergenten und diskriminanten Validität ergaben substanzielle Korrelationen mit konstruktnahen Skalen und niedrige bzw. negative Korrelationen mit inhaltsfernen Konstrukten. Alle Skalen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) korrelieren im mittleren bis hohen Bereich positiv mit den zur Testung der konvergenten Validität herangezogenen Selbstberichtsmaßen PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), GAD-7 (Spitzer et al., 2006) und NCCN-Distress Thermometer (Mehnert et al., 2006). Zu den Skalen des SF-8 (Ware et al., 2001; mentaler und körperlicher Gesundheitszustand) bestehen im Sinne der diskriminanten Validität signifikante negative Korrelationen. Die dritte Skala „*partnerschaftliche Stressoren*“ zeigt zudem eine mittlere signifikante negative Korrelation zur Skala „*gemeinsames dyadisches Coping*“ des DCI (diskriminante Validität).



**6.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Kurzform des Fragebogens.** Cella und Kollegen (1996) heben hervor, dass die Belastung durch die Beantwortung von Selbstbeurteilungsinstrumenten im klinischen Setting stets beachtet werden sollte. Sie beschreiben eine maximale Bearbeitungszeit für Krebspatienten und Angehörige von 15 Minuten als akzeptabel. Nach diesen Vorgaben kann der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) mit 23 Items nicht als ökonomisches und wenig belastendes Selbstbeurteilungsinstrument gelten. Aus diesem Grund bestand das Anliegen, eine möglichst reliable und valide Kurzform des Fragebogens zu entwickeln, um ihn als Screeninginstrument für den psychoonkologischen Behandlungsalltag attraktiv zu machen (Fragestellung 2). Bei der Betrachtung anderer Kurzformen von bekannten Selbstbeurteilungsinstrumenten wie die des psychopathologischen Breitbandverfahrens SCL-90-R (SCL-9: Klaghofer & Brähler, 2001), oder den eher störungsspezifischen Fragebögen für Angststörungen oder depressiver Symptomatik (GAD-7, Spitzer et al., 2006; PHQ-9, Kroenke et al., 2001) fällt auf, dass diese zwischen sieben und neun Items lang sind. Aus diesem Grund sollte die Itemanzahl für die Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) einstellig sein, um dem Wunsch nach ökonomischer Anwendung, geringer Belastung und kurzer Beantwortungsdauer sowie größtmöglicher Informationserfassung nachzukommen. Die Itemreduktion erfolgte schrittweise unter der Prämisse eine maximal mögliche interne Konsistenz bei möglichst geringer Itemanzahl zu erreichen.

Die Analyse der Testgütekriterien ergab für die eindimensionale Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) eine gute interne Konsistenz und für die konvergente Validität mittlere bis hohe Korrelationen mit allen untersuchten Selbstberichtsmaßen. Die Itemanalyse ergab moderate bis gute Itemschwierigkeiten, Trennschärfen im moderaten bis guten Bereich und geringe bis mittlere signifikante Inter-Item-Korrelationen.

**6.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Berechnung der Cut-Offs.** Für beide Formen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) wurden ROC-Analysen durchgeführt um einen Cut-Off zu ermitteln. Für die Langform wurde ein Cut-Off von 37,5 ermittelt. Für die Kurzform wurde ein Cut-Off von 10,5 definiert. Die Analyse ergab für die Langform eine Fläche unter der ROC-Kurve von 0.84 und für die Kurzform eine AUC von 0.83. Beide Werte sprechen für eine moderate Diskriminationsfähigkeit und bestätigen damit die diagnostische Trennschärfe beider Varianten des Fragebogens, da sie den Grenzwert von 0.5 deutlich übersteigen (Sweet, 1988). Bei einem Cut-Off von 37,5 ist in der Langform eine Sensitivität von 84% und eine Spezifität von 76% gegeben. Es werden also lediglich 16% der tatsächlich

deutlich belasteten Befragten nicht erkannt. Die hier ermittelte Spezifität gibt an, dass knapp ein Viertel der Fälle, bei denen keine deutliche Belastung vorliegt, trotzdem als belastet eingestuft werden. Für die Kurzform ergibt sich für den Cut-Off 10,5 eine Sensitivität von 83% und eine Spezifität von 65%. Dementsprechend werden 83% der tatsächlich deutlich belasteten Befragten richtig klassifiziert.

**6.1.4 Diskussion der Ergebnisse zur Überprüfung der psychometrischen Kennwerte des FBK-P und FBK-P-KF.** Die Frage, ob Messinstrumente für sehr spezifische Situationen entwickelt werden oder ob Breitbandinstrumente zur Diagnostik angewandt werden sollten, wird in der Forschung kritisch diskutiert (Cella et al., 1996; Deeken, Taylor, Mangan, Yabroff & Ingham, 2003; Weitzner et al., 1999). Letztlich steht im Vordergrund der meisten Forschungsbemühungen Symptome, Syndrome und Zustände möglichst differenziert zu erfassen. Dazu sind spezifische Fragebögen notwendig. Sie vermitteln genauere Informationen und lassen ggf. Rückschlüsse auf notwendige klinische Implikationen zu. Für die Erfassung von Distress bei Partner\*innen von Krebserkrankten liegt nach Kenntnis der Autorin bis dato kein reliables, valides, deutschsprachiges Messinstrument vor. Aus diesem Grund wurde der FBK-P entwickelt und anhand einer kleinen Stichprobe pilotiert (Kopsch, 2012). Eine Kreuzvalidierung stand bis dato aus. Die in dieser Arbeit ermittelten Ergebnisse können die a priori postulierte dreidimensionale Faktorenstruktur des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) bestätigen. Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) erreicht zwar lediglich Ergebnisse im adäquaten Bereich, hält die strengen, in der Literatur vorgegebenen Grenzwerte der Fit Indizes jedoch ein. Bei der Interpretation sollte die Aussage von Bühner (2011) beachtet werden, der angibt, dass die Anzahl der betrachteten Items insofern einen Einfluss auf die Modellanpassung hat, als dass eine hohe Anzahl von Items eine gute oder sehr gute Fit Statistik erschwert. Trotzdem kann die Faktorenstruktur des Instruments gut sein. Er postuliert, dass bei der Analyse von Fragebögen mit vielen Items moderatere Grenzen für die Indizes vertretbar sind. Bei der Betrachtung anderer mehrfaktorieller Messinstrumente in der psychologischen Forschung fällt auf, dass verschiedene Fragebögen Schwächen in der Faktorenstruktur aufweisen. Die IES-R (Impact of Event Scale – revidierte Fassung) zeigt laut Maercker und Schützwohl (1998) Schwierigkeiten in der faktoriellen Validität auf und die Faktorenstruktur der SCL-90-R (Symptom-Checklist; Derogatis & Savitz, 1999) ist anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse nicht reproduzierbar (Hessel, Schumacher, Greyer & Brähler, 2001; Vassend & Skrandal, 1999). Daraus kann abgeleitet werden, dass auch Messinstrumente mit kleinen methodischen Schwächen für die wissenschaftliche

psychologische Forschung und klinische Versorgung von Patienten einsetzbar sind. Dabei sollte die stetige Weiterentwicklung eines Fragebogens und die Reduktion struktureller Schwächen angestrebt werden. In zukünftigen Studien zum FBK-P sollte eine erneute Itemanalyse erfolgen, um zu prüfen, ob die aktuell kritischen Items zukünftig aus der Langform des Fragebogens eliminiert werden.

Die Inhaltsanalysen bestätigen, dass die drei Skalen voneinander abgrenzbare inhaltliche Konstrukte abbilden, inhaltliche Überschneidungen jedoch unumgänglich sind. Durch die Mehrdimensionalität des Instrumentes können differenziertere Informationen erlangt werden, sodass spezifische Aussagen über verschiedene Bereiche des Distress der Befragten möglich sind. Es bestehen ausgeprägte Zusammenhänge mit inhaltlich ähnlichen Messinstrumenten und signifikante Unterschiede zu konstruktfernen Skalen. Es gibt jedoch keine vollständige Übereinstimmung mit den inhaltsnahen Konstrukten, sodass die konzeptuelle Eigenständigkeit des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) gewährleistet ist.

Die Interkorrelationen der Skalen und Items weisen darauf hin, dass die Bemühung um eine eindimensionale Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) sinnvoll ist und lassen auch für dieses Instrument gute Kennwerte erwarten. Die Itemreduktion erfolgte streng nach den Vorgaben von Bühner (2011) und resultierte in neun Items mit moderaten bis sehr guten Kennwerten in der Itemanalyse. Die Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) stellt demzufolge ein adäquates reliables und valides Messinstrument zu Screeningzwecken bei krebsspezifischen Belastungen bei Partner\*innen von Krebserkrankten dar. Sie erfüllt die Anforderungen des klinischen Settings nach einem ökonomischen Messinstrument mit guten Testgütekriterien. Die entwickelte Kurzform erlaubt es Mitarbeiter\*innen in der medizinischen Behandlung zügig einen Überblick über die Belastung der Partner\*innen der Erkrankten zu erlangen.

Für beide Formen des Fragebogens wurden Cut-Off Werte berechnet. Die ermittelten Werte für die Langform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) sprechen für die Güte des Verfahrens, da sie sich innerhalb der Richtwerte befinden, die für viele Testverfahren im psychologischen Bereich als erstrebenswert angesehen werden (Browne & Cudeck, 1992). Die Sensitivität der Kurzform ist ebenfalls im guten Bereich angesiedelt. Der Wert der Spezifität ist deutlich schlechter als die der Langform. Dennoch sollte der Cut-Off beibehalten werden, da bei einem kurzen Screeninginstrument der Fokus auf der Identifikation der hoch belasteten Befragten liegt und die Sensitivität dementsprechend hoch sein sollte. Eine Spezifität von 65% ist in diesem Fall als ausreichend zu betrachten (Browne & Cudeck, 1992). Eine Verbesserung

der Spezifität würde eine geringere Sensitivität nach sich ziehen, sodass aus inhaltlichen Gesichtspunkten beide Cut-Off's im Sinne des Zieles, hoch belastete Befragte möglichst verlässlich zu erkennen, beibehalten werden sollten. Auch irrtümlich hoch belastet kategorisierte Befragte können trotzdem von Interventionen profitieren. Fataler wäre es, die Sensitivität zugunsten der Spezifität zu verringern und somit im Screening tatsächlich belastete Befragte nicht zu erkennen. Bei der Interpretation des Gesamtwertes beider Varianten des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) muss bedacht werden, dass der Fragebogen nicht zur Diagnostik einer psychischen Erkrankung eingesetzt wird, sondern das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Belastung beschreibt, die ab dem Grenzwert von 37.5 bzw. 10.5 dringend psychosoziale Interventionen nach sich ziehen muss.

Kritisch zu diskutieren ist es, inwiefern Distress ein gut zu dichotomisierendes Merkmal darstellt. Eine Dichotomisierung wird notwendig, um für die wissenschaftliche Forschung Grenzwerte bestimmen zu können, die Subgruppenunterschiede darstellen oder in Screenings zum Einsatz kommen. Die vorliegende Arbeit nutzt die Cut-Off's zur Analyse von Subgruppen in der qualitativen Datenanalyse und in der logistischen Regressionsanalyse. Dadurch konnten wertvolle Ergebnisse für die wissenschaftliche Forschung erlangt und Implikationen für die psychosoziale Unterstützung von Partner\*innen abgeleitet werden. In der klinischen Versorgung von Krebserkrankten und Angehörigen sollte Distress jedoch eher als ein dimensionales Merkmal gesehen werden. Distress ist eine negative multifaktorielle Erfahrung, die die Krankheitsverarbeitung vielfältig beeinflussen kann (Mehnert et al., 2006) und hat nicht erst bei der Überschreitung eines Cut-Offs negative Auswirkung auf die Lebensqualität des Betroffenen. Hier sollten die vorgestellten Cut-Offs als Richtwerte angesehen werden, zum Beispiel im Hinblick darauf, wie zügig Interventionen erfolgen sollten.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Langform des FBK-P aufgrund der erneuten psychometrischen Überprüfung ein wertvolles Instrument zur Erfassung von psychologischem Distress bei Partner\*innen von Krebspatienten ist und damit vielfältige Implikationen für die psychoonkologische Forschung und die klinische Versorgung bei Krebserkrankungen bietet. Die Kurzform des Fragebogens weist vielversprechende Gütekriterien auf. Die Ermittlung des Cut-Offs für beide Instrumente bietet die Möglichkeit einer kategorialen Einschätzung des Ausmaßes des Distress von Befragten. Die Replikation der Pilotierung (Kopsch, 2012) war sinnvoll, da diese explorative Analyse an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe ( $N = 235$ ) stattfand und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse somit nicht ausreichend hoch war. Die Stichprobengröße der aktuellen Untersuchung entspricht den Forderungen von Wirtz und Strohmer (2016), der besagt, dass die Stichprobengröße über  $N > 100$  betragen und mindestens

dem 10-fachen der Itemzahl entsprechen sollte. Mit  $N = 305$  Probanden bei 23 Items kann die Stichprobe als ausreichend groß für die durchgeführten Analysen angesehen werden. Laut Schnell, Hill und Esser (1999) ist für die Generalisierbarkeit von Aussagen anhand einer Stichprobe eine Größe zwischen  $N = 1.000$  und  $N = 3.000$  Teilnehmern notwendig. Kriz und Lisch (1988) diskutieren den Begriff der Generalisierbarkeit kritisch indem sie angeben, es gäbe keine übergeordnete Repräsentativität, denn eine Stichprobe kann nur in Bezug auf einzelne Merkmale generalisierbar sein. Die aktuelle Stichprobe umfasst eine Vielzahl an Krebsdiagnosen und ist sehr heterogen in Bezug auf das Alter und den Bildungsstand der Partner\*innen sowie die medizinischen Variablen der Erkrankten. Aus inhaltlichen Gesichtspunkten könnte von einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse im Hinblick auf die relevanten Merkmalskombinationen für die vorliegende Studie ausgegangen werden. Als nächster Schritt sollte die Normierung von Kurzform und Langform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) erfolgen. Die Normierungsstichprobe umfasst bestenfalls verschiedene Diagnosen, um ein differenziertes Bezugssystem für die Einschätzung der individuellen Belastung unterschiedlicher Patientengruppen zuzulassen. Bühner (2011) beschreibt eine Mindestgröße für Normierungsstichproben von 300 Probanden, sodass eine erste Normierung an der vorliegenden Stichprobe erfolgen könne. Fisseni (2004) fordert jedoch, dass zur Eichung eines Messinstruments nicht dieselbe Stichprobe genutzt werden sollte wie für die Inhaltsanalysen, sodass die Erhebung einer neuen Stichprobe sinnvoll ist. Zur Normierung einzelner Diagnosegruppen ist eine wesentlich größere Stichprobe notwendig, damit generalisierbare Aussagen getätigt werden können. Im Rahmen dieser Studie könnten zudem die Faktorenstruktur und die kritischen Werte weniger Items in der aktuellen Inhaltsanalyse (4, 5, 6) erneut überprüft werden. Auf Basis der zukünftigen Ergebnisse soll entschieden werden, ob die Items im Fragebogen verbleiben oder eliminiert werden. Auch die Kurzform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) bedarf einer erneuten empirischen Analyse, um die in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse zu festigen. In der Zukunft könnte die Übertragung des Fragebogens auf andere Angehörige von Krebserkrankten, zum Beispiel Kinder oder Eltern angestrebt werden.

## **6.2 Diskussion der Ergebnisse zur Prädiktion von Distress in der aktuellen Stichprobe**

Bisherige wissenschaftliche Fragestellungen zum FBK-P fokussierten stets die psychometrische Überprüfung des Fragebogens, um ihn zu einem reliablen und validen Instrument für die psychoonkologische Forschung zu machen. Die erneute Überprüfung ergab adäquate bis gute Ergebnisse, sodass der Fragebogen in dieser Arbeit erstmals für inhaltliche

Analysen genutzt werden soll. Fragestellung drei bezieht sich folglich auf die Prädiktion von hohem Distress der befragten Partner\*innen mit Hilfe der erfassten demografischen und medizinischen Variablen. Das in der logistischen Regressionsanalyse untersuchte Modell klärt mit 28.9% einen substanziellen Anteil der Varianz in der Belastung auf. Dabei stellt das Alter der Partner\*innen den aussagekräftigsten Faktor dar, wobei mit höherem Alter das Risiko hoher Belastung sinkt. Diesbezüglich zeigen sich in der aktuellen psychoonkologischen Forschung widersprüchliche Ergebnisse (Dumont et al., 2006; Goldstein et al., 2004; Kurtz et al., 2005; Lewis et al., 2008). Mehnert (2018) ermittelte in einer Untersuchung den höchsten Distress bei älteren Patienten. Die vorliegende Arbeit kann diese Ergebnisse nicht replizieren, sondern bestätigt die These von Goldstein und Kollegen (2004), die angeben, dass jüngere Partner\*innen stärkeren krebsspezifischen Distress erleben als ältere Partner\*innen. Sie seien zwar anpassungsfähiger und leistungsfähiger im Bereich der lebenspraktischen Unterstützung und Rollenübernahme, weisen jedoch eine schlechtere Krankheitsverarbeitung auf.

Ein weiterer signifikanter Prädiktor ist die eigene körperliche Erkrankung der Partner\*innen, die ihnen die Versorgung und Unterstützung der Erkrankten erschwert. Bei den genannten Krankheiten handelt es sich vor allem um Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Dieser Prädiktor lässt sich ebenfalls in der Untersuchung von Dumont et al. (2006) und Berg und Upchurch (2007) wiederfinden. Dort wird das Vorhandensein von eigenen Erkrankungen neben dem Geschlecht der Partner\*innen und medizinischen Variablen der Erkrankten als hauptsächlicher Einflussfaktor für den erlebten Distress dargestellt. Van Ryn et al. (2012) geben an, dass 21% der befragten Pflegenden von Krebspatienten teils schwerwiegende Gesundheitsprobleme hatten. Nach Bevans und Sternberg (2012) liegt bei dieser hohen physischen und psychischen Belastung das Risiko einer allostatischen Reaktion und damit einer zunehmenden Reduktion der Gesundheit der Partner\*innen vor.

Die beiden weiteren signifikanten Faktoren beschreiben das Vorliegen einer rezidierten Erkrankung und ein fortgeschrittenes Erkrankungsstadium. Diese medizinischen Prädiktoren finden sich ebenfalls in der psychoonkologischen Forschung wieder (Dumont et al., 2006; Given & Sherwood, 2006; Hodges, Humphris & MacFarlane, 2005; Kurtz et al., 2005). Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Partner\*innen von palliativ Erkrankten liegt bei bis zu 50% (Siegel et al., 1991). Daraus ist abzuleiten, dass diese Subgruppe dringend psychosoziale Unterstützung benötigt, um die Entstehung einer psychischen Erkrankung zu verhindern bzw. die bereits vorhandene Symptomatik abzuschwächen.

Die in der Literatur häufig anzutreffende These, dass Frauen, unabhängig vom Status, stärker belastet sind als Männer (Dagan & Hagedoorn, 2014; Hagedoorn et al., 2000; Hagedoorn et al., 2008; Iconomou et al., 2001; Langer et al., 2003; Leiber et al., 1976; Pitceathly & Maguire, 2003), kann in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zeigen keine signifikante Auswirkung des Geschlechts auf die Wahrscheinlichkeit hoher Belastung. Nur wenige Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Gilbar (1999) berichtet in seiner Studie mit 60 Partner\*innen von Krebserkrankten bzgl. des Geschlechts signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung der praktischen Bürde, jedoch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im psychologischen Distress. Da der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) der Messung von psychologischem Distress dient, könnten die Ergebnisse von Gilbar (1999) mit der vorliegenden Studie unterstützt werden. Miller und Cafasso (1992) geben zu bedenken, dass Geschlechterunterschiede verschiedenen facettenreichen Moderatoreinflüssen unterliegen, die nur teilweise durch die Forschung dargestellt werden können. Ein Einflussfaktor ist zum Beispiel das Rollenbild der Frau als fürsorgliche Partnerin und Erbringerin emotionaler Unterstützung, das in den vergangenen Generationen weit verbreitet war. Thoits (1991) unterstützt die Ausführungen von Miller und Cafasso (1992), indem er angibt, dass Frauen ihr Selbstbild stärker durch soziale und empathische Begrifflichkeiten beschreiben. Betrachtet man die Entwicklung dieses weiblichen Selbstbildes in den vergangenen Jahren, so zeigt sich eine Verschiebung des Selbstbildes sowohl von Frauen als auch von Männern hin zu einer Gleichberechtigung. Dieser Trend lässt sich zum Beispiel in der Alltagsgestaltung (Versorgung von Kindern, Sicherstellung des Einkommens, Haushaltspflichten) wiederfinden (Lück, 2009). Möglicherweise wird dieser Trend auch in der vorliegenden Studie deutlich, indem die Geschlechterunterschiede in der subjektiven Belastung nicht mehr darstellbar sind, da Männer und Frauen sich in ihren Geschlechterrollen angleichen, ähnliche Verantwortung für die erkrankten Partner\*innen empfinden und somit ähnlichen Distress erleben (Kim et al., 2019).

### **6.3 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse**

Mit Hilfe einer qualitativen Datenanalyse sollten Belastungen und Ressourcen von Partner\*innen Krebserkrankter identifiziert und kategorisiert werden, sodass das Konstrukt Distress über die quantitative Erfassung hinaus dargestellt werden kann (Fragestellung vier). Außerdem sollen die quantitativen und qualitativen Daten verglichen und im Hinblick auf die Konstruktvalidität des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) analysiert werden.

Die Analyse der Daten erfolgte nach den Vorgaben für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). In der einschlägigen Literatur ist bis dato keine qualitative Befragung an Partner\*innen Krebserkrankter dieser Größenordnung erfolgt. Sie vervollständigt somit eine relevante Lücke in der bisherigen psychoonkologischen Forschung, indem sie eine differenzierte Darstellung der Belastung von Partner\*innen von Krebserkrankten bietet. Dadurch kann sie einen wertvollen Beitrag zum besseren Verständnis krebsinduzierter Belastung von Partner\*innen leisten und erste Implikationen für psychosoziale Angebote bieten. Es wurden insgesamt  $N = 704$  Aussagen ausgewertet, um sieben Belastungen und sechs Ressourcen in den Kategorien erster Ordnung zu extrahieren. Zugehörig sind 18 Kategorien zweiter Ordnung in den Belastungen und 12 Kategorien in den Ressourcen. Obwohl jede Sorge und Ressource individuelle Facetten des menschlichen Erlebens abbilden, sind Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung von Partner\*innen von Krebserkrankten erkennbar, wodurch eine Kategorisierung möglich ist.

Für die einzelnen Kategorien wurden ausführliche Anwendungsregeln verfasst und die Kategorisierung der Aussagen wurde von drei unabhängigen Ratern durchgeführt. Die Ergebnisse der Interraterreliabilitäten zeigen für die Kategorien erster Ordnung durchgängig sehr gute Ergebnisse. Das spricht für die gute Umsetzbarkeit der Anwendungsregeln und die Reproduzierbarkeit der qualitativen Datenanalyse.

**6.3.1 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Distressanalyse.** Die beschriebenen Belastungsfaktoren umfassen sowohl die zu erwartenden direkten krankheitsbezogenen Faktoren („*medizinische Behandlung*“, „*Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung*“) sowie psychischen Faktoren („*psychische Belastung*“) als auch indirekte Stressoren wie „*partnerschaftliche Belastungen*“ und „*soziale Belastungen*“. Die in dieser Arbeit identifizierten Belastungen weisen teilweise Ähnlichkeiten mit den Ausführungen von Kayser und Scott (2008) auf. Die Forschergruppe beschreibt inhaltsgestützt die Oberkategorien medizinische Stressoren, emotionale Stressoren, existentielle Stressoren, und soziale Stressoren als Belastungsfaktoren für Paare im Rahmen einer Krebserkrankung. Die vorliegende Arbeit ergänzt die Ausführungen von Kayser und Scott (2008) jedoch um die partnerschaftlichen Belastungsfaktoren und schafft somit ein umfassenderes Bild der Belastungen aus der Partnerperspektive. Existentielle Stressoren wie von Kayser und Scott (2008) angeführt, konnten nicht als eigenständige Kategorie definiert werden, sondern finden sich eher in den psychischen und sozialen Stressoren wieder. Es lässt sich diskutieren, dass die Belastung des Paares, wie von Kayser und Scott fokussiert, nicht gleichzusetzen ist mit der Belastung der



Partner\*innen und dass Paarstudien bei Krebs, welche intradyadische Aspekte der Erkrankung fokussieren, nicht individuell genug auf die Partner\*innen eingehen. Diese Arbeit hat den Vorteil, dass die Partner\*innen deutlich stärker in den Fokus gerückt wurden, indem vom Erkrankten keine Daten erfasst wurden. Dadurch steht die Eruierung individueller Faktoren im Vordergrund.

Zum Vergleich sollte außerdem das heuristische Modell zur Belastung von Partner\*innen von Fletcher et al. (2012) herangezogen werden, da diese Ausführungen eine höhere Aktualität vorweisen und sich direkt auf Angehörige von Krebserkrankten beziehen. Die primären Komponenten des Stress-Prozesses nach Fletcher und Kollegen (2012) beinhalten direkte erkrankungsbezogene Faktoren, die sich auch in der vorliegenden qualitativen Arbeit durch die Nennungen der medizinischen Stressoren als hauptsächliche Belastungsfaktoren, wiederfinden lassen. Als sekundäre Faktoren beschreiben Fletcher et al. (2012) soziale Faktoren wie die Rollenveränderung in der Familie, die Doppelbelastungen durch Unterstützung und Berufstätigkeit etc.. Soziale Stressoren werden in der vorliegenden Arbeit ebenfalls als eigenständige Belastung definiert. Als untergeordneten und aus den primären und sekundären Stressoren entstehenden Stressor beschreiben Fletcher und Kollegen (2012) die kognitive und emotionale Verarbeitung des Erlebten. Hier könnten die psychischen Stressoren als Vergleich herangezogen werden. Zu diskutieren ist, ob die psychischen Stressoren, die in der vorliegenden Arbeit die hauptsächlichen Belastungsfaktoren bilden, tatsächlich wie von Fletcher und Kollegen (2012) postuliert nur aus den primären und sekundären Stressoren resultieren. Die vorliegende Arbeit deutet eher darauf hin, dass psychische Stressoren, wie im Modell von Kayser und Scott (2008), mehr in den Fokus gerückt werden sollten und nicht nur eine Folge aus anderen Stressoren sind.

In der Betrachtung der Häufigkeiten der einzelnen Kategorien zeigen sich deutliche Trends. Den stärksten Distressfaktor stellen mit 45.4% aller Nennungen psychische Symptome und Belastungen dar. Die Kategorien zweiter Ordnung in diesem Bereich zeigen, dass vor allem die „*Progreddienzangst*“ (40%) gefolgt von subjektiv wahrgenommener „*Hilflosigkeit*“ (13.8%) die größten Distressfaktoren bilden. Nach Zahlis und Shands (1991) ist die Unvorhersagbarkeit der Erkrankung ein starker Prädiktor für die Entwicklung behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen. Ähnliches gilt für die Hilflosigkeit und das daraus resultierende geringe Selbstwirksamkeitserleben (Dumont et al., 2006). Dementsprechend ist die häufige Nennung dieser Kategorien alarmierend und bestärkt die Bemühungen um eine adäquate psychoonkologische Versorgung von Partner\*innen von Krebserkrankten. Die Ergebnisse widersprechen zudem der Aussage von Siegel et al. (1991),

die postulieren, dass Partner\*innen deutlich ausführlicher von objektiven Belastungen als von psychischem Distress berichten. Eine Erklärung dafür könnte die ausschließliche Fokussierung der Studie auf die Partner\*innen sein, da dadurch der in Paarstudien häufig vorkommende Mechanismus der sozialen Erwünschtheit und das „*protective buffering*“ vom Partner zum Erkrankten reduziert wird.

Den zweithöchsten Distressfaktor in den Kategorien erster Ordnung stellt die medizinische Betreuung (13.2%) dar. Die dazu gehörigen Kategorien „*Behandlungsverfahren*“ (13.4%), und „*Interaktion mit medizinischem Personal*“ (3.6%) sind hierbei hauptsächlich genannt. Der deutliche Distress der Partner\*innen durch medizinische Faktoren wie der langen Wartezeit zwischen Untersuchung und Diagnoserückmeldung und den teils invasiven Behandlungsoptionen findet sich in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur nicht wieder. Es existieren vereinzelt Studien, die die Arzt-Patienten-Interaktion als Faktor für Distress beim erkrankten Patienten beschreiben (Arora et al., 2009; Gysels et al., 2004; Meggiolaro et al., 2016) und Schulungen in Kommunikationsfertigkeiten sowie empathischen Umgang mit Patienten für medizinisches Personal fordern (Gysels et al., 2004). Diese Trainings werden in der psychoonkologischen Forschung stetig weiterentwickelt und an die Bedürfnisse der Behandler\*innen und Betroffenen angepasst. Eine qualitativ hochwertige medizinische Behandlung weist sich vor allem durch eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aus, die das Wohlbefinden der Erkrankten erhöht, Einfluss auf die Genesungsgeschwindigkeit, das Schmerzmanagement, die Adhärenz und die Krankheitsverarbeitung hat (Secinti et al., 2019). Im Gegensatz dazu können ungünstige Kommunikationsstrategien der Behandler\*innen Ängste und Unzufriedenheit in den Patient\*innen und deren Angehörigen schüren und die Compliance gegenüber den Behandlungsmethoden verringern. Die Behandler\*innen reagieren auf ungünstige Kommunikation mit Betroffenen mit vermehrtem Stress, verringerter Arbeitszufriedenheit und Burnout Symptomen (Moore, Rivera, Bravo-Soto, Olivares & Lawrie, 2018). Moore und Kollegen (2018) thematisieren in einem Review mit 17 randomisiert kontrollierten Studien die Effektivität von Kommunikationstrainings für medizinisches Personal. Sie stellten teilweise deutliche methodische Schwächen der Studien fest, fassen aber zusammen, dass die angebotenen Trainings die Kommunikationsfertigkeiten der Behandler\*innen verbessern. Dadurch können sie verstärkt auf die individuellen Bedürfnisse von Erkrankten und Angehörigen eingehen und emotionale Unterstützung leisten. Es konnten keine Effekte auf die Verbesserung der Stresswahrnehmung der Behandler\*innen eruiert werden.

Es stellt sich jedoch die Frage, warum Partner\*innen, die nicht direkt von den medizinischen Behandlungen betroffen sind, diese trotzdem als zweitgrößten Stressor beschreiben. Als Erklärung könnte hier das systemisch-transaktionale Modell von Bodenmann (1997) herangezogen werden, welches eine dyadische Wahrnehmung von Stressoren und daraus resultierendem intradyadischen Distress und die Anwendung partnerschaftlicher Copingstrategien beschreibt. Auch andere Forschergruppen sprechen von Übertragungsprozessen von Belastungen von einem zum anderen Partner (Hagedoorn et al., 2008; Kim et al., 2008; Pitceathly & Maguire, 2003; Yoshimoto et al., 2006). Daraus könnte geschlussfolgert werden, dass hohe individuelle Belastung durch die medizinische Behandlung bei Erkrankten ebenfalls hohe Belastung durch diesen Faktor bei gesunden Partner\*innen auslöst. Diese Hypothese lässt sich jedoch nicht abschließend klären, da keine Daten der Erkrankten vorliegen.

An dritter Stelle stehen „*partnerschaftliche Belastungen*“ (11.0%) gefolgt von „*sozialen Belastungen*“ (10.7%) und den Kategorien „*Diagnose*“ (8.3%), „*Krankheitsverlauf*“ (6.3%) und „*Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung*“ (4.9%). Bei den „*partnerschaftlichen Belastungen*“ fällt auf, dass der Bereich „*Sexualität*“ (2,9%) im Gegensatz zu anderen Forschungsergebnissen (Badr & Carmack-Taylor, 2009; Hautamäki-Lamminen et al., 2013; Rasmusson & Thome, 2008; Zimmermann & Heinrichs, 2011) kaum eine Rolle spielt. Nur wenige Partner\*innen benennen die fehlende oder veränderte Sexualität als Belastungsfaktor. Die hohe Zahl der Prostatakrebs- und Brustkrebserkrankungen in der vorliegenden Studie (24.3%; 20.3%) hätte eine andere Vermutung zugelassen, da die Natur dieser Erkrankungen starken Einfluss auf die Sexualität der betroffenen Paare haben (Badr et al., 2010; Wellisch et al., 1989; Zahlis & Shands, 1991). Das Ergebnis könnte jedoch dadurch erklärbar sein, dass viele Partner\*innen teilgenommen haben, deren erkrankte Partner\*innen sich noch in der Behandlung oder kurz nach Abschluss dieser befanden. Es lässt sich diskutieren, dass Sexualität in dieser Phase der Erkrankung bzw. Behandlung eher eine untergeordnete Rolle spielt und der Fokus in der Partnerschaft eher auf emotionaler und praktischer Unterstützung liegt (Ussher et al., 2015). Interessant wäre eine Untersuchung mit Partner\*innen bzw. Paaren, deren Behandlungsende schon länger zurück liegt, um zu ergründen ob Faktoren, die in der akuten Phase der Erkrankung nur eine untergeordnete Rolle spielten, im späteren Verlauf relevanter werden. Die Aussage einer Teilnehmerin „Die ersten Jahre sexueller Entzug“ lässt dies vermuten. In diesem konkreten Fall ist die Diagnose der Erkrankung des Partners bereits 10 Jahre her. Eine weitere Erklärung kann natürlich Scham der Befragten sein,

die dazu neigen, in einigen Fällen sozial erwünschte Antworten zu geben. Dieses Risiko sollte durch die Anonymität der Befragung jedoch vermieden werden.

Die Betrachtung der vielfältigen Distressfaktoren der Partner\*innen stärkt die Bemühungen der Psychoonkologie, auch Partner\*innen der Erkrankten psychosoziale Unterstützung anzubieten. Eine wirksame Unterstützung sollte spezifisch auf die Anforderungen der Partner\*innen ausgerichtet sein bzw. diese zumindest mitbedenken. Verhaltenstherapeutisch orientierte partnerschaftliche Trainings wie beispielsweise das psychoonkologische Unterstützungsprogramm "Seite an Seite – eine gynäkologische Krebserkrankung in der Partnerschaft gemeinsam bewältigen" sollten sich darum bemühen, den Partner\*inne nicht nur als „Beiwerk“ in der psychologischen Behandlung von Erkrankten zu sehen, sondern deren individuelle Belastungen ebenfalls betrachten. Das genannte Programm von Heinrichs und Zimmermann (2007) setzt sich mit zwei der drei in dieser Studie am häufigsten vorkommenden Belastungsbereiche auseinander und kann auch den Distress der Partner\*innen signifikant senken (Zimmermann et al., 2006).

**6.3.2 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Ressourcenanalyse.** Die Darstellung komplexer Wirkweisen von Ressourcen wird in der psychoonkologischen Forschung bis dato kaum realisiert. Die vorliegende Arbeit bietet gute Anhaltspunkte, um einzelne Ressourcen zukünftig differenzierter zu betrachten und deren Mechanismen darzustellen. Aktuell lassen sich nur übergeordnete Kategorien beschreiben und Hypothesen über Zusammenhänge und Wirkmechanismen bleiben Spekulation. Die in dieser Arbeit genannten Ressourcen beziehen sich inhaltlich vorrangig auf direkte krankheitsbezogene Faktoren (medizinische Behandlung & Betreuung, Krankheitswissen, psychosoziale Unterstützung). Zusätzlich werden sowohl individuelle als auch externe Copingstrategien und Ressourcen beschrieben, wobei bei den externen Ressourcen die soziale und partnerschaftliche Unterstützung im Vordergrund steht. Als größte Ressource beschreiben die Partner\*innen mit 34.6% die „*emotionale und praktische Unterstützung*“ vom sozialen Umfeld. Dabei werden vor allem die Anteilnahme von und Gespräche mit Freunden und Familie genannt. Dies bestätigt die Ergebnisse verschiedener Studien, die angeben, dass soziale Unterstützung die Belastung durch die Krebserkrankung bei Partner\*innen deutlich reduzieren kann (Goldstein et al., 2004; Goldzweig et al., 2019; Lim, 2019; Nijboer et al., 2001; Senneseth et al., 2017). Besonders häufig wird die Kategorie zweiter Ordnung „*familiäre Unterstützung*“ (32.6%) genannt. Sie beschreibt die emotionale und praktische Unterstützung und Anteilnahme durch Familienmitglieder. Nach dem Circumplex-Family-Model spricht eine hohe familiäre

Unterstützung für eine gute Adaptation der Familie an die Erkrankung, was wiederum den Distress der Familienmitglieder, also auch der Partner\*innen, nachweislich senkt (Olson et al., 2014; Schulz et al., 1996). Im Sinne des Prinzips des posttraumatischen Wachstums kann die Wahrnehmung und Wertschätzung der sozialen Unterstützung als Indikator dieser herangezogen werden (Calhoun & Tedeschi, 2004; Cormio et al., 2014). Soziale Faktoren sind nach Dorval und Kollegen (2014) ein primärer Einflussfaktor auf das Reframing nach dem Prinzip des posttraumatischen Wachstums. Prospektive Längsschnittstudien könnten diese Effekte zukünftig überprüfen und deren Mechanismen aufschlüsseln und darstellen.

An zweiter Stelle steht wie bei den Distressfaktoren die „*medizinische Betreuung*“ (26.7%) als hilfreiche Ressource. Interessant ist hier die Variabilität der medizinischen Betreuung entweder als Belastung oder als Ressource, je nachdem, wie die Partner\*innen die Behandlung und die Interaktion mit dem medizinischen Personal erlebt. Das Verhalten der Behandler\*innen scheint einen immensen Einfluss auf den Umgang des Erkrankten und der Beteiligten mit der Erkrankung zu haben. Dieser Umstand stärkt die Forderung von Gysels und Kollegen (2004) nach einer intensiven Ausbildung von medizinischem Personal in ihren Kommunikationskompetenzen erheblich. In einer Meta-Analyse postulieren Moore et al. (2018), dass Kommunikationstrainings für direkte Beteiligte an der medizinischen Behandlung geringe bis moderate Effekte auf deren Kommunikationsfertigkeiten, bspw. die Demonstration von Empathie oder dem Stellen von offenen Fragen, haben. Sie diskutieren, dass der Aufbau der verwendeten Kommunikationstrainings noch verbesserungswürdig sei. Eine flächendeckende Implementierung dieser Kommunikationstrainings in die Ausbildung von medizinischem Personal hat jedoch positive Auswirkungen auf die Adhärenz, den psychischen Distress, das Ansprechen auf die Behandlung und die Behandlungszufriedenheit der Patient\*innen. Im Hinblick auf die beschriebenen Übertragungsprozesse in der Partnerschaft wäre eine interessante zukünftige Forschungsfrage, ob dieser Einfluss ebenfalls bei den Partner\*innen der Erkrankten abzubilden ist.

Im Hinblick auf die Relevanz partnerschaftlicher Interaktion macht die psychoonkologische Forschung deutlich, dass Erkrankte die Partner\*innen als wichtigste Ressource beschreiben (Baucom et al., 2006; Manne et al., 2007; Pistrang & Barker, 1995; Scott & Kayser, 2009). Die qualitative Analyse kann diese These aus dem Blickwinkel der Partner\*innen nicht bestätigen. Ein Grund für die eher geringe Relevanz der partnerschaftlichen Unterstützung (12.9%) könnte das Modell des „*protective buffering*“ sein, welches beschreibt, dass vor allem gesunde Partner\*innen dazu neigen, den/die Erkrankte\*n vor seinen eigenen Emotionen zu schützen, wodurch er/sie dementsprechend auch nur wenig Unterstützung vom

Erkrankten erhält (Perndorfer, Soriano, Siegel & Laurenceau, 2019). Inwiefern die partnerschaftliche Bindung einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Partnerschaft als Ressource hat, kann in dieser Arbeit nicht ausreichend beantwortet werden. Martin und Kollegen (2010) postulieren, dass sicher gebundene Partner\*innen dem Gegenüber unterstützende Verhaltensweisen zuschreiben und diese bei hohem Distress funktional einfordern. Ob diese These auch bei Paaren mit einer onkologischen Erkrankung verifiziert werden kann und welchen Einfluss das „*protective buffering*“ oder mögliche andere, bis dato unbekannte Moderatoren haben, könnte durch zukünftige Studien dargestellt werden.

„*Individuelle Copingstrategien*“ (11.7%) sind ebenfalls nur untergeordnet vertreten. In dieser Studie wurden vor allem Strategien wie „*Ablenkung*“ (4.9%) durch Aktivitäten wie Sport und Spazieren gehen, „*Spiritualität*“ (4.1%) und eine „*positive Einstellung*“ (7.4%) genannt. Im Sinne des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus und Folkman (1984) könnten Partner\*innen die in der secondary appraisal nur wenige Copingstrategien zur Verfügung haben und dadurch weniger Selbstwirksamkeitserleben berichten können, eher Distress zu erleben. In diesem Zusammenhang ist die Hypothese von Senneseth und Kollegen (2017), dass Partner\*innen mit hoher psychischer Belastung verringerte Selbstfürsorge aufweisen und somit auf soziale Ressourcen zurückgreifen müssen, interessant. Die Partner\*innen berichten in der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu einigen anderen Studien (Carlson & Bultz, 2003; Zabora et al., 2001) mit 50.5% der Teilnehmer ein höheres Maß an krebsinduziertem Distress. Es muss beachtet werden, dass unterschiedliche Messinstrumente zur Bestimmung des Distress herangezogen wurden und keine Aussagen zur Signifikanz der Unterschiede gemacht werden können. Die aktuelle Stichprobe benennt jedoch ähnlich wie von Senneseth und Kollegen (2017) angeführt, soziale Unterstützung als hauptsächliche Ressource und weist nur geringe Werte in den individuellen Copingstrategien auf. Ob diese spezifischen kausalen Zusammenhänge auch auf die aktuelle Stichprobe zutreffen, kann nicht statistisch dargestellt, jedoch als Hypothese angenommen werden. Ein weiterer Grund für die seltene Nennung von individuellen Copingstrategien kann die Tendenz der Befragten sein, eher externe Ressourcen zu benennen und intraindividuelle Ressourcen nicht wahrzunehmen.

Psychosoziale Unterstützungsangebote sind mit 8.8% eher wenig vertreten. Dabei stehen vor allem Selbsthilfegruppen im Fokus, Beratungsstellen oder psychologische Unterstützungsangebote werden selten genannt. Dieses Ergebnis könnte die Aussage von Dieng und Kollegen (2016) bestätigen, die angeben, dass psychosoziale Interventionen häufig nur im Forschungskontext für Erkrankte und noch seltener für deren Partner\*innen angeboten werden. Dadurch wird nur für einen kurzen Zeitraum ein kleiner Teil der Betroffenen erreicht. Es ist

außerdem möglich, dass psychosoziale Angebote in Anspruch genommen, allerdings nicht als hilfreich erachtet wurden. Hier könnte die Hypothese von Baucom et al. (2006) zur Erklärung herangezogen werden. Diese besagt, dass Paarinterventionen häufig nur kleine Effekte erzielen, da sie nicht individuell genug auf den Unterstützungsbedarf der Teilnehmer abgestimmt und dementsprechend kaum oder nur teilweise hilfreich sind.

**6.3.3 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Analyse hinsichtlich der Geschlechterunterschiede.** In der qualitativen Datenanalyse soll außerdem die Fragestellung nach genderspezifischen Unterschieden in der Angabe von Distress und Ressourcen bearbeitet werden. Hinsichtlich der Distressbereiche zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kategorie „*Partnerschaftliche Belastungen*“ ( $p = .004$ ). Weibliche Partner beschreiben die Partnerschaft signifikant häufiger als Belastung als männliche Partner. Ein Blick auf die Kategorien zweiter Ordnung im Bereich der partnerschaftlichen Belastungen zeigt, dass Frauen besonders dann hohen Distress erleben, wenn der Partner belastet ist („*Belastung des Erkrankten*“  $p = .020$ ). Als Erklärung kann hier die These von Kim und Kollegen (2008) herangezogen werden, die darstellt, dass ein Ungleichgewicht in der emotionalen Reziprozität mit dem Partner bei Frauen zu höherem Distress als bei Männern führt. Frauen haben häufig das Bedürfnis nach intensivem emotionalem Austausch wohingegen Männer eher einen schwierigen Zugang zu den eigenen Emotionen haben und sie dementsprechend seltener ausdrücken (Lutzky & Knight, 1994). Thoits (1991) Hypothese, dass Unterschiede in der Rollenidentität für Geschlechtsunterschiede im Distress verantwortlich sind, kann ebenfalls eine Erklärung liefern. Frauen, die ihre familiäre Rolle als emotionale Unterstützer intensiv erleben, können die Belastung des Partners schlechter aushalten als Männer, die die Unterstützerfunktion weniger in ihr Selbstbild integriert haben.

Ein weiterer Geschlechterunterschied zeigt sich in der Kategorie zweiter Ordnung „*Interaktion mit medizinischem Personal*“ ( $p = .006$ ). In Ergänzung zu den Aussagen von Gysels et al. (2004), Meggiolaro et al. (2016) und Moore et al. (2018) zur Notwendigkeit von Schulungen in der Kommunikation für ärztliches Personal kann hinzugefügt werden, dass möglicherweise besonders weibliche Partner eine empathische Interaktion mit dem Behandlungsteam erwarten und deutliche Belastung erleben, wenn dies nicht möglich ist. Die Aussage einer Befragten: „Die mangelnde Aufklärung durch behandelnde Ärzte trotz Nachfragen!!“ bestätigt diese Vermutung.

Im Bereich der Ressourcen zeigen sich nur wenige Geschlechterunterschiede. Hieraus könnte die Schlussfolgerung gezogen werden, dass psychosoziale Interventionen im

onkologischen Setting nicht explizit geschlechtsspezifisch aufgebaut werden müssen. Partnerinnen von Prostatakrebspatienten könnten ebenso von Programmen für Partner von Brustkrebspatientinnen profitieren. Die Bestätigung dieser Schlussfolgerung könnte eine interessante zukünftige Forschungsfrage darstellen. Beispielsweise könnte die brustkrebspezifische partnerschaftliche Intervention (Seite an Seite – Brustkrebs gemeinsam als Paar bewältigen; Heinrichs & Zimmermann, 2007) mit Paaren mit Prostatakrebs durchgeführt werden. Lediglich die Wahrnehmung von Selbsthilfegruppen als Ressource zeigt einen signifikanten Unterschied ( $p = .022$ ) in dem Sinne, dass Frauen Selbsthilfegruppen als hilfreicher empfinden. Hier lässt sich das „Social Cognitive Processing Model“ heranziehen, dass die Notwendigkeit eines positiven, unterstützenden Umfelds zur Verarbeitung der erkrankungsbezogenen Gefühle beschreibt. Diese Wertschätzung der sozialen Interaktion mit Gleichgesinnten könnte auch ein Indiz für das Erleben posttraumatischen Wachstums sein, welche sich häufig durch die verstärkte Wertschätzung von sozialen Kontakten auszeichnet (Cormio et al., 2014).

Die Korrelationen der Kategorien der qualitativen Analyse mit den quantitativen Selbstbeurteilungsinstrumenten zeigen sowohl im Distress als auch in den Ressourcen insofern Geschlechterunterschiede, als dass bei den männlichen Befragten hauptsächlich signifikante Zusammenhänge mit dem körperlichen Maß des SF-8 (Ware et al., 2001) bestehen. Bei den Frauen korreliert wie erwartet die „*psychische Belastung*“ mit nahezu allen Selbstbeurteilungsinstrumenten, die zum Großteil ebenfalls Facetten psychischer Belastung erfragen. Frauen und Männer weisen hier dementsprechend deutliche Unterschiede auf. Hagedoorn und Kollegen (2000) postulieren, dass Männer trotz eines erkrankten Partners keinen höheren Distress erleben, als Männer mit gesunden Partnern. Diese These kann im Zusammenhang mit der Aussage von Lutzky und Knight (1994), dass männliche Partner häufig Schwierigkeiten im Zugang zu den eigenen Emotionen haben und diese dementsprechend weniger berichten, diese Geschlechtsunterschiede in den Korrelationen erklären. Es lässt sich zusammenfassen, dass männliche Partner entweder keinen psychischen Distress erleben oder ihn nicht adäquat benennen können und aus diesem Grund auf körperliche Belastung fokussieren. Hier kann eine Brücke zu Thoits Ideen zu Geschlechterunterschieden in der individuellen Rollenbeschreibung geschlagen werden. Möglicherweise sehen Männer ihre Funktion eher in der praktischen Unterstützung einer erkrankten Partnerin und erleben durch ihren krebspezifischen Distress hierbei körperliche Einschränkungen, die sie vorrangig benennen. Das würde bedeuten, dass in der psychosozialen Behandlung von männlichen Partnern bei den Distressäußerungen spezifisch auf die Nennung körperlicher Symptome



geachtet werden sollte. Um diesen Zusammenhang zu bestätigen sollten jedoch weitere Untersuchungen mit einer darauf ausgerichteten Fragestellung erfolgen.

**6.3.4 Zusammenfassung und Diskussion der qualitativen Analyse hinsichtlich der Distressunterschiede.** Die Häufigkeiten der Belastungen und Ressourcen wurden ebenfalls getrennt nach hohem bzw. niedrigem Distress betrachtet, um die Fragestellung nach diesbezüglichen Unterschieden zu beantworten. Zur Unterteilung wurde der Cut-Off der Langform des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) verwendet. Es wurden  $n = 157$  Befragte als „hoch belastet“ und  $n = 92$  Befragte als „niedrig belastet“ eingestuft. Bei den Belastungsbereichen zeigen sich signifikante Unterschiede in der Kategorie erster Ordnung „*Psychische Belastungen*“ und deren Unterkategorien „*Progredienzangst*“ und „*Hilflosigkeit*“. Bei der Betrachtung der zugehörigen Häufigkeiten ergibt sich, dass hoch belastete Befragte deutlich häufiger eine psychische Belastung durch Progredienzangst und Hilflosigkeit angeben. Herschbach und Dinkel (2014) stellen dar, dass Progredienzangst den hauptsächlichen Auslöser für krebsspezifischen Distress bildet. Auch Northouse und Peters-Golden (1993) beschreiben in einem Review Progredienzangst und Hilflosigkeit im Umgang mit emotionalen Belastungen des Erkrankten als zwei der drei hauptsächlichen Sorgen von Partnern von Krebspatienten. Zahlis und Shands (1991) und Toseland et al. (1995) bestätigen diese These in Bezug auf die Hilflosigkeit, indem sie angeben, dass Hilflosigkeit und Selbstzweifel im Umgang mit dem Erkrankten starken Distress hervorrufen. Hierzu diskutieren Northouse und Peters-Golden (1993), dass das Erleben von starker Progredienzangst Hilflosigkeit hervorruft und somit den Distress steigert. Die vorliegenden Daten können diese Zusammenhänge nicht in der notwendigen Komplexität darstellen. Sie können jedoch ein Hinweis darauf sein, dass die Aussagen der Forschungsgruppen zutreffend sind.

Northouse und Peters-Golden (1993) postulieren in ihrem Review soziale Stressoren als dritten Belastungsbereich für Angehörige von Krebserkrankten. Die aktuelle Studie zeigt, dass sich zwischen hoch und niedrig belasteten Befragten signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung von sozialen Belastungen als Stressoren bilden. In den zugehörigen Kategorien zweiter Ordnung werden die Unterschiede in „*Berufsleben/Elternschaft*“ und „*Zusätzliche Verpflichtungen*“ signifikant. Hoch belastete Partner\*innen nehmen also die Doppel- oder Dreifachbelastung durch die Sorge um den Erkrankten, die beruflichen Verpflichtungen und die Übernahme der Verantwortung des Erkrankten als starken Stressor wahr. Ob niedriger belastete Partner\*innen tatsächlich weniger soziale Belastungen haben oder die vorhandenen Stressoren nur anders bewerten, kann in dieser Arbeit nicht beantwortet werden. Diese Forschungsfrage

könnte jedoch in zukünftigen wissenschaftlichen Untersuchungen differenzierter geklärt werden.

Ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen hoch und niedrig belasteten Befragten ist die Einschätzung der Behandlungsverfahren (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung etc.) als Belastung. Es zeigt sich, dass niedrig belastete Partner\*innen die Behandlungsverfahren als signifikant belastender einschätzen als hoch belastete Partner. In der Kategorie zweiter Ordnung „*medizinische Behandlung*“ der Ressourcen besteht dieser Zusammenhang ebenfalls.

Zunächst scheint dieses Ergebnis paradox und es existieren keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die diese Aussage bestätigen können. Ein Erklärungsversuch könnte darin bestehen, dass hoch belastete Partner, die starke Hilflosigkeit, wenig Selbstwirksamkeit und Progredienzangst erleben, die Behandlung als hilfreicher ansehen, da diese ihnen die „Last der alleinigen Verantwortung“ in der Unterstützung des Erkrankten nimmt. Sie erhoffen sich von der medizinischen Behandlung eine Unterstützung in der Unterstützung und blenden dabei womöglich die Nebenwirkungen etc. der Behandlung aus. Niedrig belastete Partner\*innen nehmen die medizinische Behandlung möglicherweise differenzierter und kritischer wahr, indem sie sowohl die daraus resultierende Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch die Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Behandlung gegenüberstellen.

#### **6.4 Die qualitative Distressanalyse als Maß für die Konstruktvalidität des FBK-P**

Das in der Studie fokussierte Konstrukt Distress wurde für den psychoonkologischen Bereich gewählt, da es kaum Ähnlichkeit zu psychischen Symptomen und Erkrankungen aufweist und somit von körperlich kranken Patienten gut angenommen werden kann, um deren Belastung zu beschreiben (Holland & Bultz, 2007). Beide Analyseformen der vorliegenden Arbeit haben zum Ziel, das Konstrukt Distress zu beschreiben. Dabei bemüht sich die qualitative Inhaltsanalyse um eine möglichst differenzierte und tiefgreifende und der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) um eine ökonomische und wissenschaftlich nutzbare Form der Erfassung von Distress. Vergleicht man die Ergebnisse beider Analysen fallen grundsätzliche Gemeinsamkeiten, jedoch auch deutliche Unterschiede auf.

Der FBK-P umfasst in seiner Langform 23 Items, die drei Bereiche des Konstrukts Distress darstellen sollen. Dabei bilden die Skalen „*allgemeiner psychischer Distress*“ und die „*Progredienzangst*“ psychologische Prinzipien ab, wohingegen der „*partnerschaftliche Distress*“ die Dyade fokussiert. Die qualitative Analyse beschreibt insgesamt acht Kategorien erster Ordnung als Belastungen. Psychische und partnerschaftliche Stressoren sind hier inkludiert. Die Kategorie erster Ordnung „*Psychische Belastungen*“ umfasst die

Unterkategorien „*Progredienzangst*“ und „*depressive Symptomatik*“, welche inhaltlich starke Ähnlichkeiten mit den Skalen des FBK-P aufweisen. „*Progredienzangst*“ wird im FBK-P unter anderem durch das Item „*Ich habe Angst vor einer Ausweitung/dem Fortschreiten der Erkrankung meines Partners.*“ dargestellt. „*allgemeiner psychischer Distress*“ finden sich in der Kategorienbeschreibung der qualitativen Analyse „*depressive Symptomatik*“ (Schlaflosigkeit, Antriebslosigkeit etc.) wieder. Darüber hinaus beinhaltet die qualitative Analyse unter den „*Psychischen Belastungen*“ die Hilflosigkeit, die im FBK-P nicht zu finden ist. Einige Items zur Hilflosigkeit waren in der ersten Version des FBK-P mit 53 Items enthalten. Nach der Pilotierung (Kopsch, 2012) wurden diese Items jedoch aufgrund ihrer schlechten Kennwerte entfernt. Hilflosigkeit scheint also definitiv ein relevantes Konstrukt in der psychischen Belastung bei Distress zu sein, differenziert jedoch nicht gut zwischen Probanden und bildet dementsprechend kein wertvolles Item für eine quantitative Befragung. In der qualitativen Befragung kann die „*psychische Belastung*“ die größte Zahl an Nennungen vorweisen. Sie scheint ein Kernaspekt des Distress zu sein. Die qualitative Kategorie erster Ordnung „*partnerschaftliche Belastungen*“ umfasst die Unterkategorien „*Sexualität*“, „*Kommunikationsschwierigkeiten*“ und „*Belastung des Partners*“, die sich in den FBK-P Items: „*...tauschen wir weniger körperliche Zärtlichkeiten aus.*“, „*...verschließt sich mein Partner vor mir*“ und „*...ist unsere Beziehung weniger belastbar.*“ wiederfinden lassen. Es lässt sich zunächst also schlussfolgern, dass die latenten Faktoren des FBK-P in der qualitativen Analyse abgebildet werden. Die Korrelationen der Kategorien der qualitativen Analyse mit der Langform des FBK-P und der Kurzform FBK-P-KF (beide: Zimmermann et al., in Vorbereitung) bestätigt diese Annahme. Beide Varianten des Fragebogens korrelieren signifikant mit der „*psychischen Belastung*“ und der „*sozialen Belastung*“ der qualitativen Analyse. Hier wird deutlich, dass ähnliche Facetten des Konstrukts Distress erfragt werden. Auffällig ist hingegen, dass die qualitative Analyse wesentlich mehr Kategorien für krebsspezifischen Distress beschreibt als der FBK-P. Hier liegt neben den „*psychischen Belastungen*“ ein großer Schwerpunkt auf Variablen der medizinischen Behandlung und Erkrankung. Diese Bereiche sind im FBK-P nur marginal wiederzufinden, bspw. in der Thematisierung der psychischen Belastung durch die Wartezeit zwischen Untersuchung und Belastungsrückmeldung. Das bestätigt sich darüber hinaus beim Blick auf die Korrelationen der qualitativen Analysen mit den Versionen des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung). Bis auf die „*psychischen Belastungen*“ zeigen sich keine weiteren signifikanten Zusammenhänge des Fragebogens mit anderen qualitativen Kategorien (z.B. „*medizinische Betreuung*“, „*Krankheitsverlauf*“, „*Diagnose*“).

Als Begründung lässt sich die Unterscheidung zwischen Distress, als rein psychologisches Konzept und dem Konzept Bürde, einem Konglomerat aus verschiedensten praktischen Belastungen durch die Erkrankung (z.B. Arzttermine, Unterstützung bei der Pflege, Rollenübernahme, Doppelbelastung) heranziehen (Johansen, Cvancarova & Ruland, 2018). Das theoretische Konstrukt Distress wird in der Literatur meist als ein Zusammenschluss aus psychischer Belastung und praktischer Bürde dargestellt und selten getrennt betrachtet. In der psychosozialen Versorgung mag diese Zusammenführung nicht kritisch sein, da das vorrangige Ziel darin besteht, Distress grundsätzlich zu erfassen. Für die wissenschaftliche Forschung und die Entwicklung psychosozialer Interventionen kann diese Trennung relevant werden, wenn es darum geht, welche Bereiche des Konstrukts Distress bei Partnern erfasst und behandelt werden sollten. Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) fokussiert psychologische Variablen und beinhaltet darüber hinaus keine praktischen Belastungsfaktoren. Vorteil der spezifischen Erfassung von psychologischem Distress ist die gute Anwendung des Fragebogens in der psychoonkologischen Forschung. Durch die spezifische Erfassung des psychischen Distress kann gezielte psychosoziale Unterstützung durch geschultes Fachpersonal (z.B. Psychologen) erfolgen. Eine breiter aufgestellte Erfassung von Distress und Bürde durch den FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) hätte den Nachteil, dass Psychologen zunächst differenzieren müssten, welche Form von Belastung vorliegt und in welchem Rahmen sie Hilfestellung leisten bzw. andere Berufsgruppen hinzuziehen müssten. Die Auswertung des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) würde also eine komplexe Analyse der Art der Belastungsfaktoren nach sich ziehen. Da der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) aber spezifisch den psychologischen Distress erfragt, wird sofort deutlich, ob psychoonkologische Unterstützung notwendig ist oder nicht.

Die psychoonkologische Forschung sollte sich als ein Teil der multiprofessionellen Herangehensweise an Krebs verstehen und die Erfassung und Beschreibung psychischer Aspekte in der Krebserkrankung fokussieren. Dementsprechend ist es sinnvoll, wenn psychoonkologische Messinstrumente und Interventionen nicht den Anspruch haben, zusätzlich praktische Probleme zu bearbeiten. Die Reduktion dieser Bürde bedarf der Unterstützung anderer Berufsgruppen und sollte separat erfasst werden, bspw. durch die Problemliste des NCCN Distress Thermometers (Mehnert et al., 2006). Die qualitative Befragung lässt Rückschlüsse auf nahezu alle in der Literatur benannten Aspekte von Distress bei Krebs zu. Sie kann über die Psychoonkologie hinaus interessante Aspekte für andere, an der multiprofessionellen Behandlung beteiligte Berufsgruppen beinhalten.

Im Hinblick auf die Konstruktvalidität des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) kann zusammengefasst werden, dass er mit dem psychischen und partnerschaftlichen Distress einen prominenten Teil des gesamten Konstrukts erfasst, jedoch im Gegensatz zur qualitativen Befragung weniger umfassend ist.

## 6.5 Limitationen der Studie

Die vorliegende Arbeit weist verschiedene methodische Schwächen auf, die im Folgenden kritisch diskutiert werden sollen. Die Akquise der Stichprobe erfolgte mithilfe verschiedener Kontakte zu Selbsthilfegruppen, einem psychoonkologischen Forschungsprojekt und einer Rehabilitationsklinik, die einen großen Schwerpunkt auf die psychosoziale Versorgung der Patienten legt. Natürlich wurden auch andere Zugangswege (onkologische Praxen, Krankenhäuser, Zeitungsaufrufe) zu Partner\*innen von Krebserkrankten gesucht, jedoch bilden die o.g. Anlaufstellen die hauptsächlichen Akquisebereiche. Demzufolge ist von einer selektiven Stichprobe auszugehen, die bereits dazu in der Lage ist, individuelle psychosoziale Belastung zu erkennen, diesbezüglich Unterstützung zu suchen und diese auch anzunehmen. Diese selektive Stichprobenziehung sollte bei dem Bemühen, die erlangten Ergebnisse zu generalisieren, beachtet werden. Zukünftige Forschungsarbeiten zum FBK-P sollten sich darum bemühen, eine repräsentative Datenerhebung zu gewährleisten, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu steigern.

Die Erfassung der Daten erfolgte über eine PaperPencil Version des Fragebogenpakets mit der Möglichkeit, offene Antworten direkt zu notieren. Die Fragebögen wurden anonymisiert zurückgesendet, sodass der Untersucher keine Möglichkeit hatte, unklare Antworten durch Rückfragen zu spezifizieren, Gründe für die Nichtbeantwortung zu erfragen oder sicherzustellen, dass wirklich alle Belastungen genannt wurden. Ein Interview zur Befragung wäre sinnvoll gewesen, um diese Schwächen auszugleichen, jedoch wäre dann die Stichprobengröße eingeschränkt gewesen. Außerdem scheint ein Vorteil in der schriftlichen Befragung darin zu liegen, dass ein Bias in der Beantwortung durch die soziale Erwünschtheit sehr gering ausfällt, da die Anonymität der Befragung jederzeit gewährleistet war.

Zur Datenerhebung wurden ausschließlich Partner\*innen von Krebserkrankten befragt. Dementsprechend konnte kein Abgleich der medizinischen Angaben mit den erkrankten Patienten oder ärztlichen Daten erfolgen, wie es unter Umständen in Krankenhäusern möglich ist. Eine Datenerhebung bei den zugehörigen erkrankten Patienten wäre für die Vollständigkeit und Komplexität der erfassten Informationen von Vorteil gewesen, jedoch wurde angenommen, dass durch eine paarbezogene Datenerhebung eine geringere Stichprobengröße erreicht werden

wäre. Vorrangiges Ziel der Studie war allerdings die erneute psychometrische Überprüfung des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung), sodass eine möglichst große Stichprobe von Nöten war, weshalb auf die Befragung der Patienten verzichtet wurde.

Die aktuelle Stichprobe ist außerdem sehr heterogen bzgl. des Erkrankungsdatums, da diesbezüglich keine Einschränkungen vorgenommen wurden. Die Spannweite des Erkrankungsdatums liegt zwischen null Monaten und circa fünfundzwanzig Jahren. Da davon auszugehen ist, dass Partner\*innen in verschiedenen Stadien der Erkrankung unterschiedliche Belastungen und Intensitäten dieser erleben (Hagedoorn et al., 2008; Kim et al., 2013; Lambert et al., 2013), sollten die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht auf alle Partner\*innen in allen Krankheitsstadien generalisiert werden. Die mittlere Erkrankungsdauer der Stichprobe liegt bei circa drei Jahren. Um Subgruppen bzgl. der Erkrankungszeit zu bilden, war die Stichprobengröße in der vorliegenden Studie zu gering, um Belastungen in verschiedenen Phasen der Erkrankung differenzierter zu erfassen. Dies könnte ein Ziel zukünftiger Forschungsarbeiten sein. Hierbei scheint besonders die Erfassung von krebsspezifischem Distress direkt nach Diagnosestellung und während der intensiven primärmedizinischen Behandlung interessant zu sein. Partner\*innen erleben in diesem Zeitraum häufig die höchste Belastung (Kim et al., 2013) und stehen in direkter Interaktion zum medizinischen Personal, sodass die Schwelle zur Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung gering ist.

Bei der Betrachtung der Analyse der qualitativen Daten ist die Fragestellung kritisch zu hinterfragen. Der Wortlaut lautet: *„Was hat sie in Bezug auf die Krebserkrankung Ihres Partners insgesamt am stärksten belastet?“* Diese Art der Fragestellung erlaubt keine Spezifizierung der genannten Belastungen auf bestimmte Phasen der Erkrankung. Diese Arbeit beschreibt dementsprechend die Belastung des gesunden Partners durch eine Tumorerkrankung über eine Zeitspanne von 25 Jahren. Das Ziel dieser Arbeit bestand jedoch darin, einen ersten Überblick über alle möglichen Belastungen und Ressourcen, die im Rahmen der Erkrankung auftreten können, zu erhalten und dabei eine möglichst große Anzahl an Partnern von erkrankten Patienten zu befragen. Die Spezifizierung der Ergebnisse bleibt zukünftigen Forschern überlassen.

Die Items der Kurzform weisen in der aktuellen Stichprobe keine Normalverteilung auf. Die Ergebnisse sollten unter diesem Gesichtspunkt mit Vorsicht interpretiert werden. Es besteht Bedarf an weiteren konzeptuell und methodisch angelegten Studien bzgl. der faktoriellen Struktur des FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung), die aktuellen Ergebnisse bilden unter den o.g. Gesichtspunkten jedoch eine zufriedenstellende Ausgangsbasis.

Die Analysen zur konvergenten und diskriminanten Validität fallen in der vorliegenden Arbeit klein aus. Grund dafür ist der Wunsch nach einem möglichst ökonomischen Fragebogenpaket. Da der Fragebogen in der vorherigen Untersuchung gute bis sehr gute Ergebnisse in den Validitätsanalysen mit verschiedenen konstruktnahen und konstruktfernen Messinstrumenten aufwies, wurden in dieser Studie nur wenige zusätzliche Fragebögen erfasst.

Trotz der genannten Einschränkungen kann die vorliegende Arbeit bezüglich ihrer inhaltlichen und methodischen Güte als adäquat angesehen werden. Zukünftige Forschungsbemühungen sollten die Limitationen der Studie allerdings berücksichtigen, um generalisierbare und methodisch möglichst einwandfreie Ergebnisse zu erzielen.

## **6.6 Zusammenfassung und Ausblick**

Das Ziel dieser Studie war die differenzierte Erfassung des Konstrukts Distress bei Partnern Krebserkrankter. Dafür wurden verschiedene statistische Analysewege gewählt um ein möglichst umfassendes Bild des facettenreichen Erlebens der Partner\*innen von Krebserkrankten zu erhalten. Einerseits sollte der in 2012 pilotierte FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) (Kopsch, 2012) an einer großen Stichprobe erneut psychometrisch geprüft werden um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen und ein reliables, valides Messinstrument zu entwickeln. Andererseits sollte eine große qualitative Analyse differenzierte Implikationen für zukünftige Forschungsfragen im Hinblick auf die Entwicklung von psychoonkologischen Interventionen für Partner\*innen von Krebserkrankten liefern. Dazu wurden  $N = 704$  Aussagen von Partnern hinsichtlich ihrer Belastungen und Ressourcen kategorisiert und analysiert.

Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) ist durch diese Arbeit ein gut validiertes Instrument zur Erfassung von psychoonkologischem Distress bei Partnern von Krebspatienten. Die psychoonkologische Forschung beschreibt Krebs mittlerweile als eine Erkrankung des Systems (Manne & Badr, 2008). Um dieses System in die Forschung mit einzubeziehen, sind spezifisch auf diese Forschungsfragen abgestimmte Messinstrumente unumgänglich. Bis dato existiert kein deutschsprachiges Messinstrument zum Distress von Partnern Krebserkrankter. Der FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) schließt diese Lücke nicht nur, er ist durch seine zweifache Validierung ein Instrument, das generalisierbare und fundierte Ergebnisse zulässt. Die dreifaktorielle Struktur ermöglicht die Beschreibung des Distress auf verschiedenen Ebenen und lässt spezifische Schlussfolgerungen für die wissenschaftliche Forschung zu. Das nächste Ziel für die Steigerung des wissenschaftlichen Wertes des Fragebogens ist eine Normierungsstudie. Dazu wird eine repräsentative Stichprobe

benötigt um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Ein Einsatz des Messinstrumentes in groß angelegten psychoonkologischen Studien bspw. in Cancer Centern in großen klinischen Versorgungseinrichtungen ist dazu vonnöten. Zukünftig ist außerdem die Übertragung des erfassten Konstrukts auf andere Konstellationen bei Krebs möglich. Die Befragung von Eltern krebserkrankter Kinder oder Kinder krebserkrankter Eltern könnte durch den FBK-P (Zimmermann et al., in Vorbereitung) ebenfalls, wahrscheinlich jedoch mit leichten Veränderungen der Items, möglich sein.

Mit der Kurzform des FBK-P (FBK-P-KF; Zimmermann et al., in Vorbereitung) ist ein ökonomisches Screening von krebspezifischem Distress in der klinischen Versorgung möglich. Dadurch besteht die Chance, Partner\*innen ohne viel Mehraufwand in die psychoonkologische Behandlung einzubeziehen, da die Kurzform zügig auszuwerten ist und bereits ein Cut-Off vorliegt. Um die guten psychometrischen Kennwerte der Kurzform zu bestätigen, sollte eine erneute Validierung erfolgen, da dadurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse deutlich steigt und dargestellt werden kann, dass die Ergebnisse über verschiedene Stichproben hinweg stabil sind. Darüber hinaus würde eine Normierung der Kurzform dazu beitragen, ihn zu einem Standardinstrument in der psychoonkologischen Forschung und Versorgung im deutschsprachigen Raum werden zu lassen. Die Richtlinien vom NCCN zu den Standards der Versorgung von Krebspatienten beinhalten die Notwendigkeit eines flächendeckenden Distress-Screenings zu Beginn der Behandlung und intervallartig in deren Verlauf (National Comprehensive Cancer Network, 2003). Dabei wurde in der Literatur bereits mehrfach die Idee einer psychosozialen Triage diskutiert. Die Johns-Hopkins-Universität hat ein Triage-Modell entwickelt, in dem alle Patienten zu Beginn der Behandlung gescreent werden. Je nach Ausmaß des Distress erfolgt innerhalb von 48 Stunden eine persönliche Kontaktaufnahme oder die Bereitstellung von Informationsmaterial zu verschiedenen psychosozialen Angeboten (Zabora et al., 2001). In England hat das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ein Distress Management eingeführt, das ein vierstufiges Unterstützungsmodell vorstellt und sich nach dem Ausmaß der Belastung richtet (Watson & Dunn, 2016). Die deutsche S3-Leitlinie zur Psychoonkologie bei erwachsenen Krebspatienten beinhaltet nur unspezifische Hinweise auf die Mitbehandlung der Angehörigen (AWMF, 2014). Eine Erweiterung und Spezifizierung der nationalen und internationalen Richtlinien auf die psychoonkologische Unterstützung des Partners und der Angehörigen von Krebserkrankten würde den Weg für die Implementierung von Belastungsmessungen bei diesen ebnen. Strukturierte Distressscreenings bei Erkrankten könnten ohne viel Aufwand auch auf Partner\*innen ausgeweitet werden, da diese bei den meisten Behandlungen und Terminen des Erkrankten anwesend ist. Dadurch können auch bei



Partner\*innen frühzeitig Interventionen angeboten und Distress reduziert werden. Es bestehen jedoch Grenzen in der Verantwortlichkeit der Behandler\*innen, da zeitliche, rechtliche und kontextbedingte Faktoren es ihnen in den meisten Fällen nicht ermöglichen, sich intensiv mit dem Umfeld des Indexpatienten zu befassen (Deeken et al., 2003). Neue Strukturen sind notwendig, die Angehörige selbstverständlich in die Behandlung integrieren. Die Aufgabe der psychoonkologischen Forschung ist in diesem Zusammenhang, Daten und evaluierte Messinstrumente zur Verfügung zu stellen, um diesen Wandel der Behandlung im onkologischen Setting den Weg zu ebnet.

Die qualitative Inhaltsanalyse bietet einen weiteren Zugangsweg zum Konstrukt Distress bei Partnern Krebserkrankter. Der FBK-P beinhaltet quantifizierbare Informationen auf drei unterschiedlichen Skalen wohingegen die qualitative Analyse für Ressourcen und Belastungen 13 Oberkategorien und 30 Unterkategorien beschreibt und Beispiele dazu liefert. Sie beinhaltet demnach wesentlich mehr Informationen und könnte besonders als Grundlage für die Entwicklung psychoonkologischer Interventionen von großem Nutzen sein (Cochrane & Lewis, 2005).

Die Häufigkeitsanalysen zu den Kategorien zeigen deutlich, dass psychische Belastungen wie Progredienzangst und Hilflosigkeit die häufigsten Belastungsfaktoren bilden. Bei den erfragten Ressourcen steht die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde im Vordergrund. Eine wirkungsvolle psychoonkologische Intervention sollte diese Faktoren beachten um eine langfristige Reduktion des Distress zu erreichen. Nicht alle Interventionen beachten jedoch diesen Schwerpunkt. Ein aktuelles Review zu Interventionen für Partner\*innen Krebserkrankter konnte nur neun Studien benennen, die international veröffentlicht wurden und eine grundsätzliche methodische Qualität aufweisen (Kleine et al., 2009). Von den wenigen Interventionsstudien für Partner\*innen von Krebserkrankten finden sich in den letzten 25 Jahren mehrere Veröffentlichungen zu Interventionen mit dem Schwerpunkt Problemlösen (Cameron et al., 2004; Meyers et al., 2011; Sherwood et al., 2012; Toseland et al., 1995). Das Problemlösen würde in der qualitativen Analyse vor allem den individuellen emotionalen und praktischen Copingstrategien zugeordnet werden. Die Analyse bestätigt jedoch, dass diese Ressourcen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Sinnvoller scheinen demnach Interventionen, die Angehörige in die Behandlung einbeziehen, die emotionale Verarbeitung von Ängsten fördern, Hilflosigkeit reduzieren und sozialen Austausch ermöglichen (Bultz et al., 2000; Lewis et al., 2008; Senneseth et al., 2017; Zimmermann et al., 2006).

Die qualitative Analyse lässt außerdem vermuten, dass Progredienzangst bei Partnern von Krebserkrankten weiter in den Fokus der psychoonkologischen Forschung rücken sollte.

Welche individuellen und dyadischen Prozesse, krankheitsspezifischen Prinzipien und Übertragungsphänomene hier wirken, lässt sich bis dato nur vermuten. Zimmermann und Kollegen (2011) haben einen Fragebogen zur quantitativen Erfassung von Progredienzangst bei Partnern chronisch Erkrankter (PAF-P-KF) entwickelt, der das Konstrukt mit guten psychometrischen Kennwerten erfasst. Tiefergehende Fragestellungen zur Wirkweise der Progredienzangst in der Partnerschaft und bei nicht erkrankten Partner\*innen diesbezüglich lassen sich möglicherweise durch Moderator- und Mediatoranalysen oder qualitative Interviewstudien beantworten. Dies sind nur zwei zukünftige Forschungsfragen die durch die qualitative Inhaltsanalyse in der vorliegenden Arbeit generiert werden können. Auch für die Arzt-Patient Interaktion und eine intensivere Ausbildung von Ärzten und medizinischem Personal in Gesprächsführung kann die qualitative Analyse Ansatzpunkte bieten.

Aufgrund ihrer verschiedenen methodischen Zugangswege zum Konstrukt Distress bei Krebs konnte die vorliegende Arbeit die Partnerperspektive differenziert beleuchten. Belastungen und Ressourcen wurden eruiert, ein Messinstrument diesbezüglich wurde psychometrisch evaluiert (FBK-P, Zimmermann et al., in Vorbereitung) und eine Kurzform dessen wurde neu entwickelt (FBK-P-KF, Zimmermann et al., in Vorbereitung). Darüber hinaus wurde ein Beitrag zur Klärung der Einflussfaktoren auf krebsspezifischen Distress bei Partnern von Krebserkrankten geleistet, da hier viele widersprüchliche Forschungsergebnisse eine klare Aussage erschweren.

Die in dieser Arbeit formulierten Fragestellung konnten umfassend beantwortet werden und Implikationen für die zukünftige psychoonkologische Forschung wurden abgeleitet.

## Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 1(3), 436-438.
- Aizer, A. A., Chen, M. H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Hu, J. C. et al. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 31(31), 3869.
- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Anderson, B. L., Golden-Kreutz, D. M. (2000). Sexual self-concept for the women with cancer. In L. Baider, C. L. Cooper, A. Kaplan De-Nour (Hrsg.), *Cancer and the Family*. (S. 311-316). London: John Wiley and Sons.
- Andrykowski, M. A., Carpenter, J. S., Studts, J. L., Cordova, M. J., Cunningham, L. L., McGrath, P. et al. (2002). Psychological impact of benign breast biopsy: A longitudinal, comparative study. *Health Psychology*, 21(5), 485.
- Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79-92.
- Armaiz-Pena, G. N., Lutgendorf, S. K., Cole, S. W., & Sood, A. K. (2009). Neuroendocrine modulation of cancer progression. *Brain, behavior, and immunity*, 23(1), 10-15.
- Arora, N. K., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., McTavish, F., Cella, D. F., Mahvi, D. M. et al. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 92(5), 1288-1298.
- Arora, N. K., Street, R. L., Epstein, R. M., & Butow, P. N. (2009). Facilitating patient-centered cancer communication: a road map. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 319 – 472.
- Aube, J., & Koestner, R. (1995). Gender characteristics and relationship adjustment: Another look at similarity-complementarity hypotheses. *Journal of Personality*, 63(4), 879-904.
- Ávila, M., Brandão, T., Coimbra, J. L., Lopez, F., & Matos, P. M. (2016). Experiencing an Intimate Partner's Breast Cancer: Attachment, Caregiving, and Burden in Men. *Psychiatry*, 79(3), 236-248.
- AWMF (2014) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, AWMF-Registernummer: 032/051OL. Verfügbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/032-051OL\\_S3\\_Psychoonkologische\\_Beratung\\_Behandlung\\_2014-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OL_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01.pdf)

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2016). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Badger, T., & Segrin, C. (2018). Female Caregivers of Male Cancer Patients. In: Y. Kim & M.J. Loscalzo (Hrsg.), *Gender in Psycho-Oncology* (Kapitel 7). Oxford: Oxford University Press.
- Badr, H., Acitelli, L. K., & Carmack Taylor, C. L. (2007). Does couple identity mediate the stress experienced by caregiving spouses?. *Psychology and Health*, 22(2), 211-229.
- Badr, H., & Carmack Taylor, C. L. (2009). Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(7), 735-746.
- Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(2), 169.
- Badr, H., Herbert, K., Reckson, B., Rainey, H., Sallam, A., & Gupta, V. (2016). Unmet needs and relationship challenges of head and neck cancer patients and their spouses. *Journal of psychosocial oncology*, 34(4), 336-346.
- Baider, L., & Kaplan De-Nour, A. (1997). Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(5), 346-348.
- Baider, L., & Kaplan De-Nour, A. (2000). Cancer and couples - Its impact on the healthy partner: Methodological considerations. In: L. Baider, C. L. Cooper, A. Kaplan De-Nour (Hrsg.), *Cancer and the family* (S.41-51). Chichester: Wiley.
- Badr, H., & Krebs, P. (2013). A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1688-1704.
- Baider, L., Perez, T., & Kaplan De-Nour, A. K. (1989). Gender and adjustment to chronic disease: A study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry*, 11(1), 1-8.
- Baider, L., & Surbone, A. (2014). Universality of aging: family caregivers for elderly cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 5, 744.
- Bambauer, K. Z., Zhang, B., Maciejewski, P. K., Sahay, N., Pirl, W. F., Block, Prigerson, H. G., et al. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(10), 819-824.
- Baron, R. S., Cutrona, C. E., Hicklin, D., Russell, D. W., & Lubaroff, D. M. (1990). Social support and immune function among spouses of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 344.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast disease*, 23(1), 103-113.

- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Keefe, F. J. et al. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(3), 276-283.
- Beatty, L., Kemp, E., Butow, P., Girgis, A., Schofield, P., Koczwara, B. et al. (2018). A systematic review of psychotherapeutic interventions for women with metastatic breast cancer: Context matters. *Psycho-Oncology*, 27(1), 34-42.
- Behrend, M., & Küchler, T. (2010). Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 363 - 373.
- Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133(6), 920.
- Bergelt, C., Koch, U., & Petersen, C. (2008). Quality of life in partners of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 17(5), 653-663.
- Best, H., & Wolf, C. (2012). Modellvergleich und Ergebnisinterpretation in Logit- und Probit-Regressionen. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 64(2), 377-395.
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burdens, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Jama*, 307(4), 398-403.
- Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M., & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1581-1586.
- Bigatti, S. M., Wagner, C. D., Lydon-Lam, J. R., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2011). Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to coping and social support. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 455-466.
- Blanchard, C. G., Albrecht, T. L., Ruckdeschel, J. C., Grant, C. H., & Hemmick, R. M. (1995). The role of social support in adaptation to cancer and to survival. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 75-95.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping-a systematic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, 47, 137-140.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches coping Inventar: DCI; Manual*. Bern: Huber.
- Boerner, K., & Schulz, R. (2009). Caregiving, bereavement and complicated grief. *Bereavement Care*, 28(3), 10-13.

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20.
- Bortz, J., & Döring, N. (2007). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume I: Attachment*. London: The Hogarth Press.
- Brace, N., Snelgar, R., & Kemp, R. (2012). *SPSS for Psychologists. A guide to data analysis using SPSS for Windows*. London: Palgrave.
- Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C., & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53(2), 83-96.
- Braun, M., Hales, S., Gilad, L., Mikulicer, M., Rydall, A., & Rodin, G. (2012). Caregiving styles and attachment orientations in couples facing advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 21(9), 935-943.
- Brebach, R., Sharpe, L., Costa, D. S., Rhodes, P., & Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting distress for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psycho-Oncology*, 25(8), 882-890.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition?. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 1-18.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
- Brennan, R. L., & Prediger, D. J. (1981). Coefficient kappa: Some uses, misuses, and alternatives. *Educational and psychological measurement*, 41(3), 687-699.
- Brosius, F. (2018). *SPSS: Umfassendes Handbuch zu Statistik und Datenanalyse* (8., neu bearbeitete Aufl.). Frechen: MITP-Verlags GmbH.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological methods & research*, 21(2), 230-258.
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16: Einführung in die moderne Datenanalyse* (Vol. 7332). München: Pearson.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test-und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.

- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43(3), 190-197.
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign - future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15(2), 93-95.
- Bultz, B.D., Specia, M., Brasher, P.M., Geggie, P.H., Page, S.A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 9(4), 303–313.
- Butler, L. D., Field, N. P., Busch, A. L., Seplaki, J. E., Hastings, T. A., & Spiegel, D. (2005). Anticipating loss and other temporal stressors predict traumatic stress symptoms among partners of metastatic/recurrent breast cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(6), 492-502.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth*: Mahwah. Lawrence Erlbaum.
- Canary, D. J., & Stafford, L. (2001). Equity in the preservation of personal relationships. In J. H. Harvey & A. Wentzel (Hrsg.). *Close romantic relationships: Maintenance and enhancement* (S. 141-160). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Cameron, J. I., Shin, J. L., Williams, D., & Stewart, D. E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 137-143.
- Carroll, A. J., Baron, S. R., & Carroll, R. A. (2016). Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: A review and synthesis of the literature. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3651-3659.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L. Simpson, J. S. et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British journal of cancer*, 90(12), 2297.
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: needs, models, and methods. *Journal of psychosomatic research*, 55(5), 403-409.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Clark, K. C. et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375-367.
- Castelli, L., Tonello, D., D'agata, F., Caroppo, P., Baudino, B., Bisi, G. et al. (2015). The neurobiological basis of the Distress Thermometer: a PET study in cancer patients. *Stress and Health*, 31(3), 197-203.

- Cella, D. F., Dineen, K., Arnason, B., Reder, A., Webster, K. A., Stefoski, D. et al. (1996). Validation of the functional assessment of multiple sclerosis quality of life instrument. *Neurology*, 47(1), 129-139.
- Chambers, S. K., Schover, L., Nielsen, L., Halford, K., Clutton, S., Occhipinti, S. et al. (2013). Couple distress after localised prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 2967-2976.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 5(8), 466.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(10), 1045-1052.
- Cochrane, B. B., & Lewis, F. M. (2005). Partner's adjustment to breast cancer: a critical analysis of intervention studies. *Health Psychology*, 24(3), 327.
- Cohen, M., & Kuten, A. (2006). Cognitive-behavior group intervention for relatives of cancer patients: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 187-196.
- Colgrove, L. A., Kim, Y., & Thompson, N. (2007). The effect of spirituality and gender on the quality of life of spousal caregivers of cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 90-98.
- Compass, B. E., Worsham, N. L., Epping-Jordan, J. E., Grant, K. E., Mireault, G., Malcarne, V. L. et al. (1994). When mom or dad has cancer: markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychology*, 13(6), 507.
- Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V. (2014). Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in psychology*, 5, 1342.
- Couper, J. W., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., Macvean, M., & Kissane, D. W. (2006). The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *Medical journal of Australia*, 185(8), 428-432.



- Covinsky, K. E., Goldman, L. & Cook, E. F. (1994). Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. The impact of serious illness on patients' families. *JAMA*, 272(23), 1839-1844.
- Cruess, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Kumar, M. et al. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 304-308.
- Dagan, M., & Hagedoorn, M. (2014). Response rates in studies of couples coping with cancer: A systematic review. *Health Psychology*, 33(8), 845.
- Dalton, W. T., Nelson, D. V., Brobst, J. B., Lindsay, J. E., & Friedman, L. C. (2007). Psychosocial variables associated with husbands' adjustment three months following wives' diagnosis of breast cancer. *Journal of Cancer Education*, 22(4), 245-249.
- Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 26(4), 922-953.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Carnicke, C. L. et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*, 249(6), 751-757.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Hrsg.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd. ed.) (S. 679 – 724). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T., & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(5), 453-462.
- Dieng, M., Butow, P. N., Costa, D. S., Morton, R. L., Menzies, S. W., Kasparian, N. A. et al. (2016). Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34(36), 4405-4414.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Masse, B., Falardeau, M., Maunsell, E. et al. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3588-3596.

- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., & Vezina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of palliative medicine*, 9(4), 912-921.
- Dürkop, J. (2010). Krebserkrankungen: Hoher Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung. *Praxisverwaltung mit dem iPad*, 360-361.
- Erhart, M., Wetzel, R., Krügel, A., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem deutschen SF-8. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 48(12), 1322-1329.
- Eton, D. T., Lepore, S. J., & Helgeson, V. S. (2005). Psychological distress in spouses of men treated for early-stage prostate carcinoma. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 103(11), 2412-2418.
- Fang, C. Y., Manne, S. L., & Pape, S. J. (2001). Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses. *Health Psychology*, 20(6), 452.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of general psychiatry*, 52(2), 100-113.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*, 144(8), 1941-1953.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W., Bray, F. et al. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*, 49(6), 1374-1403.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS statistics*. London: Sage.
- Fischer, G. H. (1974). *Einführung in die Theorie psychologischer Tests*. Bern: Huber.
- Fisseni, H. J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik: mit Hinweisen zur Intervention*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fletcher, B. S., Miaskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The cancer family caregiving experience: an updated and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 387-398.
- Flynn, K. E., Reese, J. B., Jeffery, D. D., Abernethy, A. P., Lin, L., Weinfurt, K. P. et al. (2012). Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-Oncology*, 21(6), 594-601.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*:

- Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(7), 579-594.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(1), 11-19.
- Gao, W., Bennett, M. I., Stark, D., Murray, S., & Higginson, I. J. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: prevalence, associated factors and clinical implications. *European journal of cancer*, 46(11), 2036-2044.
- Gilbar, O. (1999). Gender as a predictor of burden and psychological distress of elderly husbands and wives of cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(4), 287-294.
- Given, B., & Sherwood, P. R. (2006). Family care for the older person with cancer. *Seminars in oncology nursing* 22(1), 43-50.
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 211-236.
- Gmelch, S., Bodenmann, G., Meuwly, N., Ledermann, T., Steffen-Sozinova, O., & Striegl, K. (2008). Dyadisches Coping Inventar (DCI). *Zeitschrift für Familienforschung - Journal of Family Research*, 20(2).
- Goldstein, N. E., Concato, J., Fried, T. R., Kasl, S. V., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2004). Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *Journal of palliative care*, 20(1), 38-43.
- Goldzweig, G., Schapira, L., Baider, L., Jacobs, J. M., Andritsch, E., & Rottenberg, Y. (2019). Who will care for the caregiver? Distress and depression among spousal caregivers of older patients undergoing treatment for cancer. *Supportive Care in Cancer*, 1-7.
- Gouin, J. P., Hantsoo, L., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2008). Immune dysregulation and chronic stress among older adults: a review. *Neuroimmunomodulation*, 15(4-6), 251-259.
- Grant, S. R., Walker, G. V., Guadagnolo, B. A., Koshy, M., Allen, P. K., & Mahmood, U. (2015). Variation in insurance status by patient demographics and tumor site among nonelderly adult patients with cancer. *Cancer*, 121(12), 2020-2028.
- Gysels, M., Richardson, A., & Higginson, I. J. (2004). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Supportive Care in Cancer*, 12(10), 692-700.

- Hack, T. F., Degner, L. F., & Dyck, D. G. (1994). Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: a quantitative and qualitative analysis. *Social science & medicine*, 39(2), 279-289.
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(3), 232-242.
- Hagedoorn, M., Kreicbergs, U., & Appel, C. (2011). Coping with cancer: The perspective of patients' relatives. *Acta Oncologica*, 50(2), 205-211.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological bulletin*, 134(1), 1.
- Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2006). Psychological adjustment of melanoma survivors: The contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. *Journal of Individual Differences*, 27(3), 172-182.
- Hannum, J. W., Giese-Davis, J., Harding, K., & Hatfield, A. K. (1991). Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 1-20.
- Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Weis, J. et al. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European Journal of Cancer*, 37(11), 1385-1393.
- Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Beaver, K., Lehto, J., & Kellokumpu-Lehtinen, P. L. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 9-15.
- Heinrichs, N., & Zimmermann, T. (2007). *Bewältigung einer gynäkologischen Krebserkrankung in der Partnerschaft: Ein psychoonkologisches Behandlungsprogramm für Paare*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W., & Baucom, D. H. (2011). Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 239-252.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 797.

- Hendrix, C. C., Landerman, R., & Abernethy, A. P. (2013). Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. *Western journal of nursing research*, 35(5), 590-610.
- Herschbach, P., & Dinkel, A. (2014). Fear of progression. In *Psycho-Oncology* (pp. 11-29). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B., & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12(2), 69-76.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung. *Diagnostica*, 47, 27.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., & MacFarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social science & medicine*, 60(1), 1-12.
- Holland, J. C., & Bultz, B. D. (2007). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 3-7.
- Homburg, C., Pflesser, C., Klarmann, M. (2008): Strukturgleichungsmodelle mit latenten Variablen: Kausalanalyse. In: A. Hermann, C. Homburg, M. Klarmann (Hrsg.): *Handbuch Marktforschung* (3., neu bearbeitete Aufl.). (S. 547-577). Wiesbaden: Gabler.
- Hoskins, C. N., Baker, S., Budin, W., Ekstrom, D., Maislin, G., Knauer, C. et al. (1996). Adjustment among husbands of women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14(1), 41-69.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Hulbert-Williams, N. J., Beatty, L., & Dhillon, H. M. (2018). Psychological support for patients with cancer: evidence review and suggestions for future directions. *Current opinion in supportive and palliative care*, 12(3), 276-292.
- Hulbert-Williams, N. J., Morrison, V., Wilkinson, C., & Neal, R. D. (2013). Investigating the cognitive precursors of emotional response to cancer stress: Re-testing Lazarus's transactional model. *British journal of health psychology*, 18(1), 97-121.
- Iconomou, A., Haralabos P., Kardamakis, G. (2001). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncologica*, 40(6), 766-771.

- Jepson, C., McCorkle, R., Adler, D., Nuamah, I., & Lusk, E. (1999). Effects of home care on caregivers' psychosocial status. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(2), 115-120.
- Johansen, S., Cvancarova, M., & Ruland, C. (2018). The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. *Cancer nursing*, 41(2), 91-99.
- Johansen, C., Sørensen, I. K., Høeg, B. L., Bidstrup, P. E., & Dalton, S. O. (2017). Stress and cancer. In: *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. (S. 125-134). New York: Wiley Blackwell.
- Kaatsch, P., Spix, C., Hentschel, S., Katalinic, A., Luttmann, S., Stegmaier, C., ... & Hansmann, J. (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014, 11, Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.).
- Kalter, J., Verdonck-de Leeuw, I. M., Sweepers, M. G., Aaronson, N. K., Jacobsen, P. B., Boersma, L. J. et al. (2018). Effects and moderators of psychosocial interventions on quality of life, and emotional and social function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 22 RCTs. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1150-1161.
- Kaluza, G. (2011). Stressbewältigung. *Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Kayser, K., & Scott, J. L. (2008). *Helping couples cope with women's cancers: An evidence-based approach for practitioners*. New York: Springer.
- Keitel, M. A., Cramer, S. H., & Zevon, M. A. (1990). Spouses of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Counseling & Development*, 69(2), 163-166.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Chee, M., Newton, T., Cacioppo, J. T., Glaser, R. et al. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. *Psychosomatic Medicine-Washington*, 55, 395-395.
- Kim, Y., Carver, C. S., Deci, E. L., & Kasser, T. (2008). Adult attachment and psychological well-being in cancer caregivers: the mediational role of spouses' motives for caregiving. *Health Psychology*, 27(2), S144.
- Kim, Y., Carver, C. S., Schulz, R., Lucette, A., & Cannady, R. S. (2013). Finding benefit in bereavement among family cancer caregivers. *Journal of palliative medicine*, 16(9), 1040-1047.
- Kim, Y., Mitchell, H. R., & Ting, A. (2019). Application of psychological theories on the role of gender in caregiving to psycho-oncology research. *Psycho-Oncology*, 28(2), 228-254.

- Kim, Y., Schulz, R., & Carver, C. S. (2007). Benefit finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic medicine*, 69(3), 283-291.
- Kinsinger, D. P., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Dahn, J. R., Lechner, S., & Schneiderman, N. (2006). Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(11), 954-961.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Burns, W. I., McKenzie, D., & Posterino, M. (1994). Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 3(1), 47-56.
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*.
- Kleine, A. K., Hallensleben, N., Mehnert, A., Hönig, K., & Ernst, J. (2019). Psychological interventions targeting partners of cancer patients: A systematic review. *Critical reviews in oncology/hematology*. 140, 52 – 66.
- Kliem, S., Job, A. K., Kröger, C., Bodenmann, G., Stöbel-Richter, Y., Hahlweg, K., & Brähler, E. (2012). Entwicklung und Normierung einer Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.
- Knoll, N., Schwarzer, R., Pfüller, B., & Kienle, R. (2009). Transmission of depressive symptoms: a study with couples undergoing assisted-reproduction treatment. *European Psychologist*, 14(1), 7-17.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.
- Kopsch, F. (2012). „Der Partner leidet mit!“ Validierung eines Fragebogens zur Belastung von Partnern krebskranker Patienten. Unveröffentlichte Masterarbeit.
- Kornblith, A. B., Regan, M. M., Kim, Y., Greer, G., Parker, B., Bennett, S., & Winer, E. (2006). Cancer-related communication between female patients and male partners scale: a pilot study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(9), 780-794.
- Kozachik, S. L., Given, C. W., Given, B. A., Pierce, S. J., Azzouz, F., Rawl, S. M., & Champion, V. L. (2001). Improving depressive symptoms among caregivers of patients with cancer: results of a randomized clinical trial. In *Oncology Nursing Forum*, 8(7).
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology*. (4., neu bearbeitete Aufl.). Beverly Hills: Sage.

- Krishnadas, R., & Cavanagh, J. (2012). Depression: an inflammatory illness?. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 83(5), 495-502.
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), 894.
- Kriz, J., & Lisch, R. (1988). *Methoden-Lexikon für Mediziner, Psychologen, Soziologen*. Beltz.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 24(7), 1105-1111.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The phq-9. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Künzler, A., Hodgkinson, K., Zindel, A., Bargetzi, M., & Znoj, H. J. (2011). Who cares, who bears, who benefits? Female spouses vicariously carry the burden after cancer diagnosis. *Psychology and Health*, 26(3), 337-352.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression—a longitudinal view. *Social Science & Medicine*, 40(6), 837-846.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. (2005). A randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 30(2), 112-122.
- Lambert, S. D., Girgis, A., Lecathelinais, C., & Stacey, F. (2013). Walking a mile in their shoes: anxiety and depression among partners and caregivers of cancer survivors at 6 and 12 months post-diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 75-85.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159-174.
- Landmark, B. T., Böhler, A., Loberg, K., & Wahl, A. K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context: A focus group study of women attending a breast diagnostic centre in Norway. *Journal of clinical nursing*, 17(7), 192-200.
- Langer, S. L., Brown, J. D., & Syrjala, K. L. (2009). Intrapersonal and interpersonal consequences of protective buffering among cancer patients and caregivers. *Cancer*, 115(S18), 4311-4325.



- Laubmeier, K. K., Zakowski, S. G., & Bair, J. P. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(1), 48.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, 366-388.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 828.
- Lee, A. Y., Levine, M. N., Baker, R. I., Bowden, C., Kakkar, A. K., Gent, M. (2003). Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. *New England Journal of Medicine*, 349(2), 146-153.
- Lee, E., & Roberts, L. J. (2018). Between individual and family coping: a decade of theory and research on couples coping with health-related stress. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 141-164.
- Leiber, L., Plumb, M. M., Gerstenzang, M. L., & Holland, J. (1976). The communication of affection between cancer patients and their spouses. *Psychosomatic Medicine*.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Hrsg.), *Psychosocial interventions for cancer*. (S. 99 – 118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 271.
- Lewis, F. M., Fletcher, K. A., Cochrane, B. B., & Fann, J. R. (2008). Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(8), 1289-1295.
- Lichtman, R. R., & Taylor, S. E. (1986). Close relationships and the female cancer patient. In B. L. Andersen (Hrsg.), *Women with cancer: Psychological perspectives*. (S. 233-256). New York, NY: Springer.
- Lim, J. W. (2019). Physical and psychological symptoms and psychological distress among the spouses of cancer survivors: The mediating effect of family communication and coping. *European journal of cancer care*. e13115.

- Litzelman, K., Kent, E. E., & Rowland, J. H. (2018). Interrelationships between health behaviors and coping strategies among informal caregivers of cancer survivors. *Health Education & Behavior, 45*(1), 90-100.
- Löwe, B. L. S. R., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). *Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen, 2*, 5-7.
- Lück, D. (2009). *Der zögernde Abschied vom Patriarchat: der Wandel von Geschlechterrollen im internationalen Vergleich*. edition sigma.
- Lusted, L. B. (1971). Signal detectability and medical decision-making. *Science, 171*(3977), 1217-1219.
- Lutgendorf, S. K., & Sood, A. K. (2011). Biobehavioral factors and cancer progression: physiological pathways and mechanisms. *Psychosomatic medicine, 73*(9), 724.
- Lutzky, S. M., & Knight, B. G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and aging, 9*(4), 513.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*.
- Maguire, P. (1999). Improving communication with cancer patients. *European Journal of Cancer, 35*(10), 1415-1422.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer, 112*(S11), 2541-2555.
- Manne, S. L., Kashy, D. A., Kissane, D., Lee, D., Kim, I. Y., & Virtue, S. M. (2019). Couple-focused interventions for men with localized prostate cancer and their spouses: A randomized clinical trial. *British journal of health psychology, 24*(2), 396-418.
- Manne, S. L., Kissane, D. W., Nelson, C. J., Mulhall, J. P., Winkel, G., & Zaider, T. (2011). Intimacy-enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: A pilot study. *The journal of sexual medicine, 8*(4), 1197-1209.
- Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 380.
- Manne, S. L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., & Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: Patient and partner perspectives. *Health Psychology, 24*(6), 635.

- Martin, A. M., Paetzold, R. L., & Rholes, W. S. (2010). Adult attachment and exploration: Linking attachment style to motivation and perceptions of support in adult exploration. *Basic and Applied Social Psychology*, 32(2), 196-205.
- Martire, L. M. (2013). Couple-oriented interventions for chronic illness: Where do we go from here?. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(2), 207-214.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (12., neu bearbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, 153(18), 2093-2101.
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 56(1), 1-8.
- McLean, L. M., & Jones, J. M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(7), 603-616.
- McMillan, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Haley, W. E. et al. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer*, 106(1), 214-222.
- Mehnert, A. (2018). Prävalenz und Indikatoren für Distress bei Krebspatienten. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 50, 178-179.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 383-391.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3), 213-223.
- Mehnert, A., Petersen, C., & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12(2), 77-84.
- Meggiolaro, E., Berardi, M. A., Andritsch, E., Nanni, M. G., Sirgo, A., Linares, E. J. et al. (2016). Cancer patients' emotional distress, coping styles and perception of doctor-patient interaction in European cancer settings. *Palliative & supportive care*, 14(3), 204-211.

- Meyers, F. J., Carducci, M., Loscalzo, M. J., Linder, J., Greasby, T., & Beckett, L. A. (2011). Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of palliative medicine*, 14(4), 465-473.
- Miller, B., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: fact or artifact?. *The Gerontologist*, 32(4), 498-507.
- Moncayo, F. L. G., Requena, G. C., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina clínica*, 130(3), 90-92.
- Moser, M. T., Künzler, A., Nussbeck, F., Bargetzi, M., & Znoj, H. J. (2013). Higher emotional distress in female partners of cancer patients: prevalence and patient-partner interdependencies in a 3-year-cohort. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2693-2701.
- Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Mowll, J., Lobb, E. A., Lane, L., Lacey, J., Chochinov, H. M., Kearsley, J. H. et al. (2015). A preliminary study to develop an intervention to facilitate communication between couples in advanced cancer. *Palliative & supportive care*, 13(5), 1381-1390.
- Moynihan, J. A. (2003). Mechanisms of stress-induced modulation of immunity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1), 11-16.
- Mullen, P. M., Smith, R. M., & Hill, E. W. (1994). Sense of coherence as a mediator of stress for cancer patients and spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(3), 23-46.
- Müller, M. (2011). Belastungen von Patientinnen und ihren Partnern in dem Jahr nach der Brustkrebsdiagnose. Unveröffentlichte Masterarbeit. Technische Universität Braunschweig.
- Nakaya, N., Saito-Nakaya, K., Envold Bidstrup, P., Oksbjerg Dalton, S., Frederiksen, K., Johansen, C. et al. (2010). Increased Risk of severe Depression in Male Partners of Women with Breast Cancer. *Cancer*, 116(23), 5527 – 5534.
- National Comprehensive Cancer Network. (2003). Distress management. Clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 1(3), 344.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584.

- Nicholls, W., Hulbert-Williams, N., Bramwell, R. (2014). The role of attachment in psychological adjustment to cancer in patients and their spouses: a systematic review of the literature. *PsychoOncology*, 23(10), 1083-1095.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., van den Bos, G. A., & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91(5), 1029-1039.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., & van den Bos, G. A. (1999). Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*, 86(4), 577-588.
- Northouse, L. L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing research*.
- Northouse, L. L., & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Seminars in oncology nursing*, 9(2), 74-82.
- Northouse, L. L., & Swain, M. A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*.
- Northouse, L., Williams, A. L., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 30(11), 1227-1234.
- Olson, D., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (2014). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. Routledge.
- Open Science Collaboration. (2012). An open, large-scale, collaborative effort to estimate the reproducibility of psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 657-660.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 128-136.
- Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY: Basic Books.
- Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer nursing*, 39(1), E39.
- Perndorfer, C., Soriano, E. C., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2019). Everyday protective buffering predicts intimacy and fear of cancer recurrence in couples coping with early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28(2), 317-323.
- Petermann, F. (2015). Hospital anxiety and depression scale, deutsche version (HADS-D). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*.

- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40(6), 789-797.
- Pistrang, N., Barker, C., & Rutter, C. (1997). Social support as conversation: Analysing breast cancer patients' interactions with their partners. *Social science & medicine*, 45(5), 773-782.
- Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of cancer*, 39(11), 1517-1524.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Davis, D., Rumble, M., Scipio, C., & Garst, J. (2012). Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: associations with patient and spouse adjustment. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2459-2466.
- Rasmusson, E. M., & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality and Disability*, 26(4), 207.
- Rees, C. E., & Bath, P. A. (2000). The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. *Journal of advanced nursing*, 31(4), 833-841.
- Regan, T. W., Lambert, S. D., Girgis, A., Kelly, B., Kayser, K., & Turner, J. (2012). Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer?: A systematic review. *BMC cancer*, 12(1), 279.
- Reich, M. (2008). Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. *Current opinion in oncology*, 20(4), 353-359.
- Reinecke, J., & Pöge, A. (2010). Strukturgleichungsmodelle. In C. Wolf & H. Best (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 775-805). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rimer, B. K., & Glanz, K. (2005). Theory at a glance: a guide for health promotion practice.
- Robert Koch Institut (2010). *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Rossem, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. *Version 0.5-12 (BETA)*. Verfügbar unter: <http://users.ugent.be/~yrosseel/lavaan/lavaanIntroduction.pdf>.
- Sales, E., Schulz, R. M., & Biegel, D. E. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: a review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(2), 1-26.

- Schneider, N., Sulak, H. & Panova, R. (2019). Was kommt nach der Rushhour? Lebenslagen und Lebensverläufe von Frauen und Männern in der Lebensmitte. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V..
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. (3., neu bearbeitete Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*, 282(23), 2215-2219.
- Schulz, K. H., Schulz, H., Schulz, O., & von Kerekjarto, M. (1996). Family structure and psychosocial stress in families of cancer patients.
- Schwarz, R., & Singer, S. (2008). *Einführung Psychosoziale Onkologie*. UTB.
- Scott, J. L., & Kayser, K. (2009). A review of couple-based interventions for enhancing women's sexual adjustment and body image after cancer. *The Cancer Journal*, 15(1), 48-56.
- Scott, J. L., Halford, W. K., & Ward, B. G. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1122.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487.
- Secinti, E., Tometich, D. B., Johns, S. A., & Mosher, C. E. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 71, 27 – 38.
- Seelmann, V., Carna, M., & Sparer, S. (2011). Einführung in die Fragebogenkonstruktion. *Wissen & Mehr*, 15, 1.
- Segrin, C., & Domschke, T. (2011). Social support, loneliness, recuperative processes, and their direct and indirect effects on health. *Health Communication*, 26(3), 221-232.
- Sellick, S. M., & Crooks, D. L. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(4), 315-333.
- Senneseth, M., Hauken, M. A., Matthiesen, S. B., Gjestad, R., & Laberg, J. C. (2017). Facing Spousal Cancer During Child-Rearing Years: Do Social Support and Hardiness Moderate the Impact of Psychological Distress on Quality of Life?. *Cancer nursing*, 40(3), E24-E34.

- Sherwood, P. R., Given, B. A., Given, C. W., Sikorskii, A., You, M., & Prince, J. (2012). The impact of a problem-solving intervention on increasing caregiver assistance and improving caregiver health. *Supportive Care in Cancer*, 20(9), 1937-1947.
- Siegel, K., Raveis, V. H., Mor, V., & Houts, P. (1991). The relationship of spousal caregiver burden to patient disease and treatment-related conditions. *Annals of Oncology*, 2(7), 511-516.
- Simpson, J. S. A., Carlson, L. E., & Trew, M. E. (2001). Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer practice*, 9(1), 19-26.
- Singer, S., Das-Munshi, J., & Brähler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 21(5), 925-930.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The lancet*, 334(8668), 888-891.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1013-1025.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In K. Fisher & J. Reason (Hrsg.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (S. 629–649). New York, NY: Wiley.
- Sweet, J.A. 1988. Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240, 1285–1293.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161.
- Thoits, P. A. (1991). Gender differences in coping with emotional distress. In J. Eckenrode (Hrsg.), *The social context of coping* (S. 107-138). New York: Plenum.
- Thomas, A., Brähler, E., & Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*.
- Ting, A., Lucette, A., Carver, C. S., Cannady, R. S., & Kim, Y. (2018). Preloss Spirituality Predicts Postloss Distress of Bereaved Cancer Caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(2), 150-157.



- Torta, R. G., & Ieraci, V. (2013). Pharmacological management of depression in patients with cancer: practical considerations. *Drugs*, 73(11), 1131-1145.
- Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science & Medicine*, 40(4), 517-528.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10(4), 625.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Hayasaka, S., Dunn, R. L., Riba, M., & Johnson, T. (2001). Psychosocial characteristics of individuals with non-stage IV melanoma. *Journal of Clinical Oncology*, 19(11), 2844-2850.
- Tross, S., Herndon, J., Korzun, A., Kornblith, A. B., Cella, D. F., Norton, L. et al. (1996). Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage II breast cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 88(10), 661-667.
- Ugalde, A., Gaskin, C. J., Rankin, N. M., Schofield, P., Boltong, A., & Livingston, P. M. (2019). A systematic review of cancer caregiver interventions: Appraising the potential for implementation of evidence into practice. *Psycho-Oncology*, 28(4), 687-701.
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2015). Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC cancer*, 15(1), 268.
- van Ryn, M., Sanders, S., Kahn, K., Van Houtven, C., Griffin, J. M., Martin, M., ... & Rowland, J. (2011). Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue?. *Psycho-Oncology*, 20(1), 44-52
- van Zuuren, F. J., Grypdonck, M., Crevits, E., Walle, C. V., & Defloor, T. (2006). The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 173-182.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic medicine*, 59(3), 280-293.
- Vassend, O., & Skrandal, A. (1999). The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. *Behaviour Research and Therapy*, 37(7), 685-701.
- Vogel, B. A., Leonhart, R., & Helmes, A. W. (2009). Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 391-397.

- Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(2), 109-120.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. & Gandek, B. (2001): *How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8<sup>TM</sup> Health Survey*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Watson, M., & Dunn, J. (2016). The multidisciplinary art and science of cancer care: integrating psycho-oncology. *Future Oncology*, 12, 2775-2778.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests, Band 1 Intelligenz, Konzentration, spezielle Fähigkeiten*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 733-746.
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8(1-2), 55-63.
- Wellisch, D. K., DiMatteo, R., Silverstein, M., Landsverk, J., Hoffman, R., Waisman, J., ... & Schain, W. (1989). Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics*, 30(4), 365-373.
- Wellisch, D. K., Jamison, K. R., & Pasnau, R. O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: II. The man's perspective. *The American Journal of Psychiatry*.
- Williamson, G. M., & Shaffer, D. R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. *Psychology and aging*, 16(2), 217.
- Wirtz, M. A., & Strohmer, J. (2016). Anwendung und Integration qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden in der rehabilitationswissenschaftlichen Interventionsforschung. *Die Rehabilitation*, 55(03), 191-199.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). Skid. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (2001). The myths of coping with loss revisited. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, 405-429.
- Yoshimoto, S. M., Ghorbani, S., Baer, J. M., Cheng, K. W., Banthia, R., Varni, J. W. et al. (2006). Religious coping and problem-solving by couples faced with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 15(5), 481-488.

- Youden, W. J. (1950). Index for rating diagnostic tests. *Cancer*, 3(1), 32-35.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.
- Zahlis, E. H., & Shands, M. E. (1991). Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 75-93.
- Zapf, D., & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie* (S. 1007 – 1112). Göttingen: Hogrefe.
- Zhang, A. Y., & Siminoff, L. A. (2003). Silence and cancer: why do families and patients fail to communicate?. *Health communication*, 15(4), 415-429.
- Zimmermann, T. (2019). Partnerschaft und Sexualität bei Tumorerkrankungen. *Der Onkologe*, 25(5), 451-455.
- Zimmermann, T., Alsleben, M., & Heinrichs, N. (2012). Progredienzangst gesunder Lebenspartner von chronisch erkrankten Patienten. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(09/10), 344-351.
- Zimmermann, T., Bredericke, J., Kopsch, F. & Herschbach, P. (2020). Psychometric Properties of the Questionnaire on Stress in Partners of Cancer Patients. Manuscript submitted for publication.
- Zimmermann, T., & Heinrichs, N. (2011). Auswirkungen einer psychoonkologischen Intervention für Paare auf die Sexualität bei einer Brustkrebserkrankung der Frau. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*.
- Zimmermann, T., Heinrichs, N., & Scott, J. L. (2006). CanCOPE «Schritt für Schritt»: Die Effektivität eines partnerschaftlichen Unterstützungsprogramms bei Frauen mit Brust- oder gynäkologischen Krebserkrankungen. *Verhaltenstherapie*, 16(4), 247-255.
- Zimmermann, T., Herschbach, P., Wessargues, M., & Heinrichs, N. (2011). Fear of progression in partners of chronically ill patients. *Behavioral Medicine*, 37(3), 95-104.
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., & Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners—effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psycho-Oncology*, 19(1), 12-20.

## Abbildungsverzeichnis

<b>Nummer</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
Abbildung 1	transaktionales Stressmodell nach Lazarus. (Zapf & Semmer (2004). S. 1020. Copyright 2004 bei Hogrefe. Wiedergabe mit Genehmigung.	16
Abbildung 2	Heuristisches Modell der Einflussfaktoren auf den krebsspezifischen Distress von Partner*innen Krebserkrankter (Fletcher et al., 2012). S 388. Copyright 2012 bei Elsevier. Wiedergabe mit Genehmigung.	34
Abbildung 3	Schematische Darstellung der bisherigen Fragebogenentwicklung	51
Abbildung 4	Detaillierte Darstellung der Akquise	61
Abbildung 5	Schematische Darstellung der einzelnen Schritte der Itemreduktion	86

## Tabellenverzeichnis

<b>Nummer</b>	<b>Titel</b>	<b>Seite</b>
Tabelle 1	Demografische Variablen der befragten Partner*innen von Krebserkrankten getrennt nach Geschlecht (N = 305)	65
Tabelle 2	Demografische und medizinische Variablen der zugehörigen Krebserkrankten getrennt nach Geschlecht (N = 305)	67
Tabelle 3	Deskriptive Fragebogendaten und psychisches Befinden der N = 305 befragten Partner*innen von Krebserkrankten getrennt nach Geschlecht	76
Tabelle 4	Ergebnisse der Itemanalyse (Mittelwert, Standardabweichung, Itemschwierigkeit, Trennschärfe)	79
Tabelle 5	Interkorrelationen der Skalen des FBK-P	81
Tabelle 6	Standardisierte Pfadkoeffizienten der Items des FBK-P	82
Tabelle 7	Konvergente und Diskriminante Validität für die drei Skalen des FBK-P und die Kurzform FBK-P-KF	84
Tabelle 8	Interne Konsistenzen der Skalen des FBK-P	85
Tabelle 9	Trennschärfeindizes der Kurzform des FBK-P	87
Tabelle 10	Koeffizienten der unabhängigen Variablen der logistischen Regressionsanalyse	88
Tabelle 11	Anwendungsregeln und Beispielitems für die Kategorien erster und zweiter Ordnung im Bereich „Belastungen“	91
Tabelle 12	Anwendungsregeln und Beispielitems für die Kategorien erster und zweiter Ordnung im Bereich „Ressourcen“	96
Tabelle 13	Interraterreliabilität	99
Tabelle 14	Unterschiede (Häufigkeiten und Prozent) in den Belastungen hinsichtlich des Geschlechts und des Distress	101
Tabelle 15	Unterschiede (Häufigkeiten und Prozent) in den Ressourcen hinsichtlich des Geschlechts und des Distress	104
Tabelle 16	Korrelationen der Kategorien erster Ordnung mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten	107



## **Anhang**

- Anhang A     *Ethikgutachten*
- Anhang B     *Fragebogenpaket*
- Anhang C     *Aussagen der Befragten im Krankheitsverlauf inklusive  
Kategorisierung für Belastungen und Ressourcen*
- Anhang D     *Homogenitätsanalysen für den FBK-P und den FBK-P-KF*
- Anhang E     *Zusammenfassung der Kategorisierung der Belastungen getrennt  
nach Geschlecht mit der absoluten Anzahl und Prozentangaben für  
Belastungen und Ressourcen*
- Anhang F     *Korrelationen der Kategorien erster Ordnung mit den quantitativen  
Selbstberichtsmaßen getrennt nach Geschlecht*
- Anhang G     *Abdruckgenehmigungen für die verwendeten Abbildungen*

## Anhang A     *Ethikgutachten*





Technische  
Universität  
Braunschweig

Ethik-Kommission der Fakultät 2 der Technischen Universität  
Braunschweig | D-38106 Braunschweig | Deutschland

Institut für Psychologie  
Abteilung für Klinische Psychologie,  
Psychotherapie und Diagnostik  
Frau M. Sc. Franziska Kopsch

via E-Mail: f.kopsch@tu-braunschweig.de

Ethik-Kommission der Fakultät 2  
der TU Braunschweig

Vorsitz: Prof. Dr. Kurt Hahlweg

c/o TU Braunschweig  
Institut für Psychologie  
Humboldtstr. 33  
D-38106 Braunschweig  
Telefon +49 (0) 531 391-2855  
Telefax +49 (0) 531 391-8105  
Email: k.hahlweg@tu-bs.de

Braunschweig, den 14. März 2013

Sehr geehrte Frau Kopsch,

die Ethikkommission hat Ihren am 22. Februar 2013 eingereichten Antrag zu dem Forschungsvorhaben mit dem Titel


*Die quantitative Erfassung von Belastungen bei Partnern krebskranker Partner*

sorgfältig geprüft und Ihr Vorhaben als „ethisch unbedenklich“ bewertet.

Ihre offizielle Kennnummer lautet FV-2013-01.

Im Namen der Kommission wünsche ich Ihnen bei der Durchführung Ihres Forschungsvorhabens viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

  
Kurt Hahlweg

## Anhang B      *Fragebogenpaket*



Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Anbei finden Sie ein Fragebogenpaket, mit dem wir untersuchen wollen, welche Belastungen Partner und Partnerinnen\* krebskranker Patienten durch die Erkrankung erleben. Uns ist es ein Anliegen, dass bei der Diagnose Krebs eine ganzheitliche psychoonkologische Versorgung angestrebt wird, das heißt, dass auch die Partner von Patienten psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen können. Um das zu erreichen, wollen wir untersuchen, wie belastet Sie sich als Partner fühlen und in welchen Bereichen diese Belastung auftritt. Dazu möchten wir Ihnen eine Reihe von Fragen stellen, die in diesem Fragebogenpaket zusammengefasst sind. Die Beantwortung ist freiwillig.

Das einmalige Ausfüllen des Fragebogenpakets wird etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen. Selbstverständlich werden alle Informationen absolut vertraulich behandelt. Das heißt, dass Ihre Daten ausschließlich in anonymisierter Form verwendet werden. Die Fragebögen werden unter den aktuell geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwahrt.

Beim Ausfüllen der Fragebögen geht um Ihre Sicht der Dinge. Jeder Partner eines krebserkrankten Menschen erlebt die Situation auf seine individuelle Art und Weise. Bitte beantworten Sie alle Antworten spontan. Vielleicht treffen einige Aussagen nicht auf Sie zu. In diesem Fall markieren Sie bitte die Antwort, die Ihre Situation noch am ehesten beschreibt.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem beiliegenden Rückumschlag an mich zurück!

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogenpakets und Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen  
M. Sc. Franziska Kopsch

\* zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form genutzt



1. Ihr Alter: \_\_\_\_\_Jahre
2. Alter Ihres Partners: \_\_\_\_\_Jahre
3. Ihr Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
4. Geschlecht Ihres Partners: ☐ männlich ☐ weiblich
5. Familienstand: ☐ Verheiratet ☐ in Partnerschaft
6. Dauer der Partnerschaft: \_\_\_\_\_Jahre
7. Kinder: ☐ Ja ☐ Nein ☐ noch minderjährig – Anzahl: \_\_\_\_\_
8. Aktuelle ☐ Vollzeit Berufstätig ☐ Teilzeit Berufstätig ☐ Rente ☐ Hausarbeit  
Arbeitssituation: ☐ Krank geschrieben ☐ Arbeitslos ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
9. Höchster ☐ Volks- / Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss  
Bildungsabschluss: ☐ Fachhochschulreife/Abitur ☐ Uni-/ Fachhochschulabschluss  
☐ kein Schulabschluss ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
10. Haben Sie im Verlauf der Erkrankung Ihres Partners psychosoziale Unterstützung in Anspruch genommen?  
☐ Keine Unterstützung ☐ Krebsberatungsstellen ☐ Selbsthilfegruppen  
☐ psychotherapeutische Angebote/Psychotherapie, weil: \_\_\_\_\_  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
11. Leiden Sie unter körperlichen Erkrankungen?  
☐ Nein ☐ Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

12. Was hat Sie in Bezug auf die Krebserkrankung Ihres Partners insgesamt am stärksten belastet?

---

---

---

13. Was empfanden Sie insgesamt als unterstützend und hilfreich im Umgang mit der Krebserkrankung Ihres Partners und den damit verbundenen Belastungen?

---

---

---



**14. Wurde bei Ihrem Partner mehrmals eine Krebserkrankung diagnostiziert?**

- ☐ nein, nur einmalig  
☐ ja, mehrmals

**15. Bitte geben Sie die chronologisch letzte Krebserkrankung Ihres Partners an!**

Krebsart: \_\_\_\_\_ Datum der Diagnose: \_\_\_\_\_(Monat)/\_\_\_\_\_(Jahr)

Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der folgenden Fragen auf **die chronologisch letzte Krebserkrankung** Ihres Partners (diejenige die sie unter 15. angegeben haben)!

**16. Medizinische Behandlungen Ihres Partners bei der chronologisch letzten Diagnose:**

- ☐ keine Behandlung    ☐ Operation    ☐ Chemotherapie    ☐ Strahlentherapie  
☐ palliative Behandlung    ☐ alternativmedizinische Behandlung  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**17. Krankheitsstadium zum Zeitpunkt der chronologisch letzten Diagnose:**

- ☐ frühes Stadium    ☐ fortgeschrittenes Stadium    ☐ unbekannt

**18. Hatte Ihr Partner zum Zeitpunkt der chronologisch letzten Diagnose Lymphknotenbefall oder Metastasen?**

- ☐ nein, keine von beidem    ☐ Lymphknotenbefall    ☐ Metastasen    ☐ unbekannt

**19. Hat Ihr Partner zusätzlich eine andere körperliche Erkrankung?**

- ☐ Nein    ☐ Nicht bekannt    ☐ Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

**20. War ihr Partner im Anschluss an die medizinische Behandlung der chronologisch letzten Diagnose in einer Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation?**

- ☐ ja, stationär    ☐ ja, ambulant    ☐ nein    ☐ unbekannt

**21. Wie belastet fühlen Sie sich im Hinblick auf die Krebserkrankung Ihres Partners?**

- ☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5    ☐ 6    ☐ 7    ☐ 8    ☐ 9    ☐ 10  
Gar nicht belastet    Extrem belastet

**22. Wie glücklich würde Sie Ihre Ehe/Partnerschaft im Augenblick einschätzen?**

- ☐ 0    ☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5  
sehr unglücklich    unglücklich    eher unglücklich    eher glücklich    glücklich    sehr glücklich



Sie finden im Folgenden eine Liste mit **Aussagen über Belastungen**, die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung ihres Partners auftreten können. Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch **aktuell** belastet fühlen (auf einer fünfstufigen Skala von „kaum“ bis „sehr“).

Durch die/seit der Erkrankung meines Partners		Trifft zu und belastet mich				
	Trifft nicht zu	kaum	.....		sehr stark	
1. ...fühle ich mich häufig schlapp und kraftlos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
2. ...ist unsere Beziehung problematischer geworden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
3. ...fühle ich mich erschöpft.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
4. ...leide ich unter ungeklärten körperlichen Beschwerden (z.B. Bauch-, Kopf-, oder Rückenschmerzen).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
5. ...kann ich mich schwer zu Tätigkeiten aufraffen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
6. ...weine ich viel.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
7. ...habe ich starke Stimmungsschwankungen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
8. ...verspüre ich starke Angst und Panik, wenn ich an die Erkrankung denke.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
9. ...fühle ich mich überfordert.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
10. ...leide ich häufiger unter Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
11. ...tauschen wir weniger körperliche Zärtlichkeit aus.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
12. ...bin ich häufig niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
13. ...verschließt sich mein Partner vor mir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
14. ...ist unsere Beziehung weniger belastbar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
15. Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung stirbt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
16. Die Wartezeiten zwischen der medizinischen Untersuchung und dem Ergebnis sind/waren zermürend.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
17. Ich habe Angst vor einer Ausweitung/dem Fortschreiten der Erkrankung meines Partners.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
18. Die Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Behandlung sind/waren erschreckend.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
19. Die Tatsache anzuerkennen, dass mein Partner erkrankt ist, ist/war sehr schwer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
20. Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung Schmerzen bekommen könnte.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
21. Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung ist/war schwer zu ertragen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
22. Mit meinen Ängsten in Bezug auf die Erkrankung will ich meinen Partner nicht belasten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	



23.	In Bezug auf die Erkrankung habe ich Angst vor dem, was die Zukunft bringt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24.	Oft weiß ich gar nicht, wie ich meinen Partner im Umgang mit der Erkrankung unterstützen kann.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25.	Seit der Erkrankung habe ich die Aufgaben meines Partners in Familie und Haushalt übernommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26.	Ich habe Möglichkeiten, die durch die Erkrankung aufgebrauchten Kraftreserven wieder aufzutanken.“	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27.	Ich spreche mit meinem Partner offen über die Erkrankung.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren **Gesundheitszustand**. Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrif.

**1. Ganz allgemein, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?**

ausgezeichnet ☐ 1      sehr gut ☐ 2      gut ☐ 3      weniger gut ☐ 4      schlecht ☐ 5      sehr schlecht ☐ 6

**2. Wie stark waren Sie aufgrund Ihres körperlichen Gesundheitszustands bei körperlichen Tätigkeiten (z.B. zu Fuß gehen oder Treppensteigen) eingeschränkt?**

überhaupt nicht ☐ 1      sehr wenig ☐ 2      etwas ☐ 3      ziemlich ☐ 4      konnte keine körperlichen Aktivitäten ausführen ☐ 5

**3. Hatten Sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und im Beruf?**

überhaupt nicht ☐ 1      sehr wenig ☐ 2      etwas ☐ 3      ziemlich ☐ 4      konnte meine tägliche Arbeit nicht ausführen ☐ 5

**4. Hatten Sie körperliche Schmerzen?**

überhaupt nicht ☐ 1      sehr leicht ☐ 2      leicht ☐ 3      mäßig ☐ 4      stark ☐ 5      sehr stark ☐ 6

**5. Wie viel Energie hatten Sie?**

sehr viel ☐ 1      ziemlich viel ☐ 2      etwas ☐ 3      wenig ☐ 4      keine ☐ 5

**6. Wie stark waren Sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihren normalen sozialen Kontakten mit Familie oder Freunden eingeschränkt?**

überhaupt nicht ☐ 1      sehr wenig ☐ 2      etwas ☐ 3      ziemlich ☐ 4      konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen ☐ 5

**7. Wie oft haben Sie sich durch seelische Probleme beeinträchtigt gefühlt (z.B. ängstlich, deprimiert oder gereizt)?**

überhaupt nicht ☐ 1      sehr wenig ☐ 2      mäßig ☐ 3      ziemlich ☐ 4      sehr stark ☐ 5

**8. Wurden Sie durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?**

überhaupt nicht ☐ 1      sehr wenig ☐ 2      etwas ☐ 3      ziemlich ☐ 4      konnte keine alltäglichen Aktivitäten ausführen ☐ 5



Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten Woche** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Schwierigkeiten, Ein- oder Durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Waren Ihre Bewegung oder Ihre Sprache verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Unfähigkeit, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fiel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Angstgefühle, so als könnte etwas Schreckliches passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3





In diesem Fragebogen geht es darum, wie Sie und Ihr Partner mit **Stress** umgehen.

Was tun Sie, wenn Sie sich gestresst/belastet fühlen?		Sehr selten	selten	Manch-mal	oft	sehr oft
1.	Ich teile meinem Partner mit, wenn ich froh um seine praktische Unterstützung oder sachliche Ratschläge und Hilfestellungen bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.	Ich bitte meinen Partner, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen, wenn ich überlastet bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.	Ich zeige meinem Partner, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.	Ich sage meinem Partner offen, wenn ich gestresst bin und seine emotionale Unterstützung brauche.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie reagieren Sie auf die Stressäußerungen Ihres Partners?		Sehr selten	selten	Manch-mal	oft	sehr oft
5.	Ich gebe meinem Partner das Gefühl, dass ich ihn verstehe, mich für seinen Stress interessiere.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6.	Ich solidarisiere mich mit ihm, sage ihm, dass ich dieses Gefühl auch kenne und halte zu ihm.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.	Ich mache ihm Vorwürfe, dass er zu wenig gut mit Stress umgehen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8.	Ich sage meinem Partner, dass alles nicht so schlimm ist und helfe ihm, die Situation in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9.	Ich höre ihm zu, gebe ihm Raum, sich auszusprechen, rede ihm gut zu oder mache ihm Mut.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.	Ich nehme seinen Stress nicht ernst.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.	Wenn mein Partner gestresst ist, ziehe ich mich zurück.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12.	Ich helfe ihm zwar, doch bin ich nicht motiviert und finde, dass er selber besser mit seinen Problemen umgehen sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13.	Ich übernehme Aufgaben und Tätigkeiten, die er sonst macht, um ihn zu entlasten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14.	Ich versuche, mit meinem Partner die Situation sachlich zu analysieren und ihm zu helfen, das Problem zu verstehen und zu verändern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15.	Ich packe zu, wenn er zuviel zu tun hat, um ihn zu entlasten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wie gehen Sie und Ihr Partner mit Stress um, der Sie beide betrifft?		Sehr selten	selten	Manch-mal	oft	sehr oft
16.	Wir versuchen, das Problem gemeinsam zu bewältigen und konkrete Lösungen zu suchen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



17.	Wir setzen uns ernsthaft mit dem Problem auseinander und analysieren, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18.	Wir helfen uns gegenseitig, das Problem in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
19.	Wir entspannen uns gegenseitig durch Massage, baden miteinander oder hören zusammen Musik.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
20.	Wir sind zärtlich zueinander, schlafen miteinander und versuchen so, den Stress zu bewältigen.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Wie beurteilen Sie Ihren Umgang mit Stress als Paar?		Sehr selten	selten	Manchmal	oft	sehr oft
21.	Ich bin <u>zufrieden</u> mit der Unterstützung meines Partners und der gemeinsamen Stressbewältigung.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
22.	Ich empfinde die Unterstützung meines Partners und unseren gemeinsamen Umgang mit Stress als <u>wirksam</u> .	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Vielen Dank für das Ausfüllen unseres Fragebogenpaketes!

**Korrespondenz**

M. Sc. Franziska Kopsch

Technische Universität Braunschweig  
Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik  
Humboldtstraße 33  
38106 Braunschweig

Tel: 0531/ 391 – 3627  
Fax: 0531/ 391 – 8105

E-Mail: f.kopsch@tu-bs.de



Bitte legen Sie den ausgefüllten  
Fragebogen in den frankierten und  
adressierten Umschlag zurück und  
werfen ihn anschließend in den  
Postkasten!

Ich bedanke mich vielmals für Ihre Hilfe!

*Franziska Kopsch*

Anhang C      *Aussagen der Befragten im Krankheitsverlauf inklusive Kategorisierung für  
Belastungen und Ressourcen*

Tabelle C1

*Aussagen der Befragten zu den Belastungen im Krankheitsverlauf inklusive Kategorisierungen*

Code	Aussage	Generalisierung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 1. Ordnung
1	Die Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
2	Die Sorge um den Partner und wie er damit umgeht	Sorge um den Partner	Sorge um den Erkrankten	1 Psychische Belastungen
3	Anfangs: Ungewißheit des Ausgangs; mitunter lange Wartezeiten bei einigen Fachärzten	Ungewissheit, Wartezeiten	Progredienzangst Behandlungsverfahren	1 Psychische Belastungen 2 medizinische Betreuung
4	Räumliche Trennung, normalerweise führen wir eine Wochenendbeziehung (Entfernung ca. 200km). Weiterhin komme ich selbst aus der Krankenpflege, habe entsprechendes Hintergrundwissen -> belastend wenig Informationen seitens der behandelnden Ärzte	Räumliche Trennung, Informationsmangel	Berufsleben/Elternschaft Interaktion mit med. Personal	1 Soziale Belastungen 2 Medizinische Betreuung
5	Frage: Wie endet das?	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
6	Ungewissheit; nervliche Belastung	Progredienzangst, psychische Belastung	Progredienzangst depressive Symptomatik	1 Psychische Belastungen
7	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
9	Das sich Metastasen wieder gebildet haben	Metastasen	Metastasen	1 Krankheitsverlauf
10	Der seelische Zustand meiner Frau und mir	Belastungen des Partners, Psychische Belastung	Belastungen des Partners depressive Symptomatik	1 Partnerschaftliche Belastung 2 Psychische Belastung
11	Eine späte Abschottung und Verdrängnis der Krankheit durch den Partner	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastungen
12	Die Ungewissheit bis zur endgültigen Diagnose nach der OP	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
13	Der gesundheitliche Werdegang meiner Frau	Ungünstiger Krankheitsverlauf	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
14	Den negativen Gefühlen des Anderen hilflos gegenüber zu stehen	Belastung des Partners, Hilflosigkeit	Belastung des Erkrankten Hilflosigkeit	1 Partnerschaftliche Belastung 2 Psychische Belastung
15	Mangelnde Unterstützung, Aufklärung, Kompetenz der Krankenkasse	Interaktion mit med. Personal, Informationsmangel	Interaktion mit med. Personal	1 medizinische Betreuung
16	Die Angst und Ungewissheit, was nun auf uns zukommt	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen

17	dass er so schwer erkrankt ist, - dass der "Geist" Krebs fortan hinter einem steht - lebenslang	veränderte Lebensperspektive / Sicht auf das Leben	Diagnose	1 Diagnose
18	Operation des Partners	medizinische Behandlung	Behandlungsverfahren	1 medizinische Betreuung
20	die kurze Phase, in der die Gefahr bestand, dass er aufgeben würde (drohende Nachoperation 4 Tage nach der 1. OP)	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastungen
21	Dass immer wieder neue Operationen notwendig wurden	Therapieverfahren, Komplikationen	Behandlungsverfahren Komplikationen	1 Medizinische Betreuung
22	Die Angst wie wird es nach der OP zu Hause	Überforderung	Zusätzliche Aufgaben Hilflosgkeit	1 Psychische Belastungen 2 soziale Belastungen
24	Krankheitsverlauf	Krankheitsverlauf	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
25	Angst um den Partner, Leiden des Partners zu sehen	Angst, Leiden	Progredienzangst Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Psychische Belastungen 2 Krankheitsverlauf
26	Ich war ziemlich hilflos und habe mich erst langsam von dem Schlag erholt	Hilflosgkeit	Hilflosgkeit Diagnose	1 Psychische Belastungen 2 Diagnose
27	Stimmungsschwankungen und angespannte Stimmung meiner Frau	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastung
28	die Schmerzen meiner Lebenspartnerin, - die unnötigen OP, z.B. Entfernung der Lymphknoten am Arm	Schmerzen, Behandlung	Körperl. Veränderung Behandlungsverfahren	1 Auswirkungen der Behandlung 2 medizinische Betreuung
29	Schock und damit fertig zu werden	Tatsache, Körperliche Auswirkungen	Diagnose	1 Diagnose
30	1) Die völlig überraschende Diagnose und die Härte der notwendigen Behandlungen (Blase) 2) Die der Erstbehandlung folgenden Weiterungen (Darmoperationen)	Diagnose & harte med. Behandlung	Diagnose medizinische Behandlung	1 Diagnose 2 medizinische Betreuung
31	Hilflos zu sein	Hilflosgkeit	Hilflosgkeit	1 Psychische Belastungen
33	die Hilflosgkeit des Partners zu sehen	Hilflosgkeit	Hilflosgkeit	1 Psychische Belastungen
34	Die Angst meine Frau zu verlieren	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
36	Den Partner krank zu sehen	Krankheit	Diagnose	1 Diagnose
37	Angst vor Verlust des Partners	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
38	Der Blasenkatheeter, Die ersten Jahre sexueller Entzug	Körperliche Auswirkungen, Sexualität	Körperliche Veränderung Sexualität	1 Auswirkungen der Behandlung

				2 Partnerschaftliche Belastungen
39	Mich hat die Diagnose "Krebs" stark belastet und das Wissen darum, dass mein Mann früher oder später sterben wird.	Diagnose, Limitierte Lebenszeit	Diagnose stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Diagnose 2 Krankheitsverlauf
40	Angst	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
41	Ungewissheit, evtl. Chemotherapie	Progredienzangst, Behandlung	Progredienzangst Behandlungsverfahren	1 Psychische Belastungen 2 medizinische Betreuung
42	Die Angst, dass er nicht gesund wird	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
43	Angst	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
44	Das alles gut verläuft	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
45	Angst vor der Zukunft	Angst	Progredienzangst	1. Psychische Belastung
46	Seine Krankheit und Sorge wie es weitergeht, ob die Krebserkrankung zurückkommt	Erkrankung, Progredienzangst	Diagnose Progredienzangst	1 Diagnose 2 Psychische Belastung
47	lange Wartezeiten bis zur Diagnose, Ungewissheit über Krankheitsverlauf / Folgeerscheinungen der Krankheit	Wartezeit, Progredienzangst	Behandlungsverfahren Progredienzangst	1 medizinische Betreuung 2 Psychische Belastungen
51	wie meine Frau dieses alle bewältigen will	Sorge um den Partner	Sorge um den Erkrankten	1 Psychische Belastungen
52	Psyche	psychische Belastung	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastung
53	Angst, dass 1) ich ihn verliere durch Tod 2) wir nicht mehr viel unternehmen können; Haus gerade erst gekauft, wie viele Stunden noch zusammen genießen	Verlustangst, Veränderungen in der Lebensplanung	Progredienzangst Veränderungen in der Lebensplanung	1 Psychische Belastungen 2 Soziale Belastungen
54	eine gewisse Ungewissheit	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
55	Die Sorge um meinen Mann; das Bemühen zur Hilfe im Alltag (Fahrten zur Bestrahlung z.B.) und das Wissen, dass er die Krankheit nicht überlebt	Sorge um den Partner, Zusätzliche Aufgaben, Krankheitsverlauf	Sorge um den Erkrankten Zusätzliche Aufgaben stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Psychische Belastungen 2 Soziale Belastungen 3 Krankheitsverlauf
56	Große Angst, dass er stirbt, dass der Krebs nicht vollständig entfernt würde. Die Ohnmacht ihm nicht helfen zu können und ihn leiden zu sehen.	Progredienzangst, Hilflosigkeit	Progredienzangst Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
57	Der ganze Krankheitsverlauf	Ungünstiger Krankheitsverlauf	stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
58	Sorge um die Zukunft	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
59	Warum sie?	Grübeln	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastungen
60	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
61	Das der Krebs wieder ausgebrochen ist	Rezidiv	Rezidiv	1 Krankheitsverlauf
63	Die Ungewissheit	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung

64	die Unterschiedlichkeit seiner Befindlichkeit z.B. Kräftemangel; die Abhängigkeit von seiner Befindlichkeit, seine Dünnhäutigkeit (was ich allerdings schon kenne aus seinen depressiven Phasen)	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten Reduzierter Gesundheitszustand	1 Partnerschaftliche Belastungen 2 Auswirkungen der Behandlung
65	Das er damit nicht "fertig" wird. Zum Glück ist mein Mann positiv eingestellt (Das hilft mir)	Sorge um den Partner	Sorge um den Erkrankten	1 Psychische Belastungen
67	Die Ungewissheit, in welchem Stadium sich der Tumor befindet	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
69	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
70	Der Gedanke um den Tod	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
71	Die Ungewissheit was passiert in der Zukunft	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
72	Die Diagnose und Folgebelastung	Diagnose	Diagnose	1 Diagnose
73	Chemotherapie	Chemotherapie	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
74	Wie geht es weiter?	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
75	Verlauf der Krankheit, Ungewissheit darüber	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
76	Die Frage: Was muss alles sein, wird man gut beraten? Wie gut wird meine Frau das alles verkraften? Wie gut/schlecht können die Kinder damit umgehen?	Überforderung, grübeln	Hilflosigkeit Sorge um den Erkrankten Berufsleben/Elternschaft	1 Psychische Belastung 2 soziale Belastungen
77	Angst ihn zu verlieren	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
78	Die große Ungewissheit, ob mit der Operation alles in Ordnung ist, nach 12 Jahren kann man beruhigter sein, auf der sicheren Seite ist man nie	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
79	Inkontinenz und Sexualitätswegfall	Sexualität, Auswirkungen Behandlung	Sexualität Körperliche Veränderung	1 partnerschaftliche Belastung 2 Auswirkungen der Behandlung
80	Sein seelischer Zustand	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastung
83	Die Frage, ob er wieder "gesund" wird und wir unseren Lebensweg gemeinsam weitergehen können	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
84	Die Tatsache, es ist Krebs! Was bringt das noch für meinen Mann in Zukunft mit sich? Wie wird sich die Krankheit nach der OP "verhalten"? Hoffentlich war's das!	Diagnose, Progredienzangst	Diagnose Progredienzangst	1 Diagnose 2 Psychische Belastung
85	Das depressive Verhalten meines Partners	Belastung Pat.	Belastung des Erkrankten	1 partnerschaftliche Belastung



87	Erkrankung verschleppt durch falsche Diagnose, deshalb sehr weitgehende OP mit Verlust einer Brust im besten Lebensalter	Med. Behandlung	Behandlungsfehler	1 Medizinische Betreuung
88	Die Angst, ihn zu verlieren	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
89	Als die Diagnose kam wurde meine Mutter ein Pflegefall während mein Mann zur Reha war, lag sie im Sterben und verstarb am Tag seiner Rückkehr - beides war für mich eine große seelische Belastung	Mutter zusätzlich krank, seelische Belastung	Zusätzliche Aufgaben depressive Symptomatik	1 soziale Belastungen 2 psychische Belastungen
90	Mit dem Ruhestand (mit 60 Jahren) kam die Diagnose: Krebs. Arbeit weg -> Krebs da. Von nun an wurde der Krebs der "Arbeitsplatz" und zwar zu Hause.	Veränderungen in der Lebensplanung	Veränderungen in der Lebensplanung	1 Soziale Belastungen
91	Sorge, Mitleid	Sorge um den Partner	Sorge um den Erkrankten	1 Psychische Belastung
92	Angst um sein Leben	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
93	Der Ausgang vor der Operation	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
94	Veränderung seines Wesens, kühl, zurückgezogen	Belastung des Partners / Einstellung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastung
95	Zu Beginn der Erkrankung: Es kann nicht sein; später: Die komplette Inkontinenz; z.Zt. keine Belastung	Diagnose, Körperliche Auswirkungen	Diagnose Körperliche Veränderung	1 Diagnose 2 Auswirkungen der Behandlung
96	Die Ungewissheit wie geht es weiter	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
97	ständige Angst = Verlustangst	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
99	Operation + Hormonbehandlung	medizinische Behandlung	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
100	die veränderte Persönlichkeit, nachlassende Kraft, Neigung zu depressiven Phasen	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten Reduzierter Gesundheitszustand	1 Partnerschaftliche Belastungen 2 Auswirkungen der Behandlung
101	Angst vor der Zukunft und Tod, Schwierigkeiten im Zusammenleben und die veränderte Sexualität	Angst vor Verlauf, Partnerschaft, Sexualität	Progredienzangst Sexualität Kommunikations-schwierigkeiten	1 Psychische Belastungen 2 Partnerschaftliche Belastungen
102	Die Ungewissheit	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
103	Die Ungewissheit und wie der Verlauf sein wird	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
104	Angst vor de, Verlust des Partners	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
105	das sie es schafft	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen

107	Bedingt durch die psych. Belastung der Krankheit, das zum Teil gespannte Verhältnis zwischen meinem Partner und unserer gemeinsamen Tochter	Belastung Pat., Tochter	Belastung des Erkrankten Berufsleben/Elternschaft	1 Partnerschaftliche Belastungen 2 Soziale Belastungen
109	Angst	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
110	OP überstehen, wie weit der Tumor gestreut hat	Wartezeit	Behandlungsverfahren Metastasen	1 Medizinische Betreuung 2 Krankheitsverlauf
111	Das er nicht wieder gesund wird	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
112	Die Ungewissheit - was kommt in den nächsten Wochen auf uns zu. Wir waren aber immer optimistisch.	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
114	Niedergeschlagenheit des Partners, Ungewissheit-Diagnosen, Antriebslosigkeit des Partners, zu viele Klinik-Aufenthalte, Depressionen des Partners	Belastung des Partners, medizinische Behandlung	Belastung des Erkrankten Behandlungsverfahren	1 Partnerschaftliche Belastung 2 Medizinische Betreuung
115	die Sorge das mein Mann nicht wieder gesund wird	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
116	Das Warten nach Biopsie = 14 Tage; Die Operation mit anschließender Lungenentzündung = 7 Wochen Intensivstation, insgesamt 10 Wochen Krankenhaus	Wartezeit, medizinische Behandlung	Behandlungsverfahren Behandlungsfehler	1 Medizinische Betreuung
119	Schock	Tatsache d. Erkrankung	Diagnose	1 Diagnose
120	Fehl Diagnosen, Behandlungsfehler, falsche Erläuterungen und eigene Hilflosigkeit	Medizinische Betreuung, Hilflosigkeit	Behandlungsfehler Hilflosigkeit	1 medizinische Betreuung 2 Psychische Belastungen
121	Seelische und körperliche Belastung	Psychische Belastung	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastung
122	Sorge	Sorgen	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
123	nicht immer präsent sein zu können auf Grund von Fern-/Wochenendbeziehung	Fernbeziehung	Berufsleben/Elternschaft	1 soziale Belastungen
124	die Angst, dass mein Partner stirbt; - mit der Angst, allein zu sein; - "rund um die Uhr" für meinen Partner da zu sein; - nicht zu wissen, was ich meinem Partner noch zumuten kann und was nicht	Progredienzangst, Unterstützung des Partners, Unsicherheit	Progredienzangst Zusätzliche Aufgaben	1 Psychische Belastung 2 soziale Belastungen
125	Ungewissheit	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
126	mein Mann hat immer gesagt: gegen Krebs hilft nichts - daran stirbt jeder - aber jetzt denkt er es nicht mehr	negative Einstellung des Erkrankten	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastungen
127	Angst um meinen Partner, bezüglich körperlich-seelischer Belastungen, Veränderung unserer Beziehung	Angst um Partner, Partnerschaft	Sorge um den Erkrankten Kommunikationsschwierigkeiten	1 Psychische Belastungen 2 Partnerschaftliche Belastungen
128	was bringt die Zukunft?	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
129	Alles, mein ganzes Leben hat sich verändert. Die größte Belastung, dass er stirbt.	Veränderungen des Lebens, Angst vor Tod	depressive Symptomatik Progredienzangst	1 Psychische Belastungen 2 Krankheitsverlauf

			Stetige Verschlechterung der Gesundheit	
130	Die Ungewissheit. Die mangelnde Aufklärung durch behandelnde Ärzte trotz Nachfragen!!	Progredienzangst, Informationsmangel, Interaktion mit med. Personal	Progredienzangst Interaktion mit med. Personal	1 Psychische Belastungen 2 medizinische Betreuung
131	Wie es ihm weiterhin ergehen wird	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
132	Das Elend während der Chemo; nicht helfen zu können, bei starken Nebenwirkungen	Chemotherapie, Hilflosigkeit	Behandlungsverfahren Hilflosigkeit körperliche Veränderung	1 medizinische Betreuung 2 Psychische Belastungen 3 Auswirkungen der Behandlung
133	Haushalt geführt, Frau gepflegt, gewaschen	Pflegebedürftigkeit, zusätzliche Aufgaben	Pflegebedürftigkeit zusätzliche Aufgaben	1 Auswirkungen der Behandlung 2 Soziale Belastungen
134	Gefühl der Hilflosigkeit, aktuelle körperliche Verfassung meiner Frau ztw. schwer einschätzbar	Hilflosigkeit, Sorge um den Partner	Hilflosigkeit Sorge um den Erkrankten Reduzierter Gesundheitszustand	1 Psychische Belastungen 2 Auswirkungen der Behandlung
135	Die Angst den Partner zu verlieren	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
136	Fehlen sexueller Aktivitäten	Sexualität	Sexualität	1 Partnerschaftliche Belastung
137	Die Angst, dass sie verstirbt	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
138	Das Wissen um die Unheilbarkeit der Erkrankung	Unheilbarkeit	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
139	Angst vor Verlust der Partnerin. Unsicherheit hinsichtlich Ausmaß der Erkrankung (Metastasen, Heilungschancen)	Angst, schlechte Voraussetzungen	Progredienzangst Metastasen	1 Psychische Belastungen 2 Krankheitsverlauf
140	Die Länge der Behandlungsdauer sowie der ungewisse Ausgang	Dauer, Progredienzangst	Behandlungsverfahren Progredienzangst	1 Medizinische Betreuung 2 Psychische Belastungen
141	Meinen Mann jeden Tag aufs neue Mut zu machen und den Kampf gegen den Krebs aufzunehmen, aber von ihm das Signa zu erhalten, "es hat keinen Sinn mehr, ich sterbe ja doch".	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastungen
142	Angst vor dem Tod, Ungewissheit über Zukunft, Familienleben/Erziehung Kinder war (und ist) immer gemeinsam, was verändert sich?	Angst, Zukunftsperspektiven	Progredienzangst Veränderungen in der Lebensplanung Berufsleben/Elternschaft	1 Psychische Belastungen 2 Soziale Belastungen

143	Mein Unwissen über Behandlungsmöglichkeiten	Informationsmangel	Interaktion mit med. Personal	1 Medizinische Betreuung
144	Verlust, Tod	Tod	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
145	Daneben stehen und nicht richtig helfen können. Ungewissheit über die Heilung und dessen Ergebnis	Hilflosigkeit, Progredienzangst	Hilflosigkeit Progredienzangst	1 psychische Belastungen
146	Ich hatte Angst davor, dass meine Frau verstirbt.	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
147	die Diagnose	Bezeichnung	Diagnose	1 Diagnose
148	Die Frage der Lebenserwartung	Lebenszeit	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
150	Die Launen, Depressionen	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastungen
151	Ungewissheit	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
152	das Leiden der Partnerin miterleben; hohe Beanspruchung durch Job + Kind + Haushalt + Besuche im Krankenhaus; trotz aller Belastung unserem Sohn noch genug Kraft zu geben, damit er nicht leidet	Leid erleben Zusätzliche Aufgaben Sohn	Zusätzliche Aufgaben Hilflosigkeit Sorge um den Erkrankten Berufsleben/Elternschaft	1 Psychische Belastung 2 soziale Belastungen
154	Das Warten auf die Untersuchungsbefunde nach der OP, sowie die Ohnmacht, meiner Frau wegen meiner Nicht-Fachkenntnis Hilfe und Rat geben zu können. Hilflosigkeit gegenüber Fachärzten und Betreuungspersonals.	Wartezeit, Hilflosigkeit	Behandlungsverfahren Hilflosigkeit Interaktion mit med. Personal	1 medizinische Betreuung 2 Psychische Belastungen
155	Ungewissheit, Verlustängste, Schlaflosigkeit, Depression	Psychische Belastungen	Progredienzangst depressive Symptomatik	1 Psychische Belastungen
156	keine sex. Beziehung, eingeschränkte Leistungsfähigkeit, leicht reizbar	Sexualität, Belastung des Partners, Körperliche Auswirkungen	Sexualität Belastung des Erkrankten Reduzierter Gesundheitszustand	1 Partnerschaftliche Belastungen 2 Auswirkungen der Behandlung
157	Die Ungewissheit, was kommt/ welche Behandlungen notwendig werden	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
159	Die Ausgeglichenheit, Falsche Beschuldigungen, Alkohol, kaum Zärtlichkeit	partnerschaftliche Belastung	Sexualität Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastungen
160	Die möglicherweise vorhandene Lebensbedrohung	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
162	eigene Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastung
163	Angst vor Verlust	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen

164	Angst vor der alleinigen Zukunft	Angst	Veränderungen in der Lebensplanung	1 Soziale Belastungen
165	Leidensweg meines Partners	Ungünstiger Krankheitsverlauf	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
166	gefühlte lange Wartezeiten -> Diagnose -> Therapie	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
167	Nach der OP das Ergebnis	Wartezeiten	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
168	Befragung anderer Leute	andere Menschen	Zusätzliche Aufgaben	1 Soziale Belastungen
170	Wartezeit auf OP-Termin, Wartezeit auf Histologie dadurch kein klares Therapiekonzept -> Angst, dass dadurch Therapieerfolge verweigert (?) werden	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
171	Die Diagnose	Tatsache d. Erkrankung	Diagnose	1 Diagnose
173	dass mein Mann sich nicht operieren lassen wollte und sich sehr hängen ließ	Belastung des Partners, OP abgelehnt	Belastung des Erkrankten Behandlungsverfahren	1 Partnerschaftliche Belastung 2 medizinische Betreuung
174	keine konkrete Aussage über den Ausgang der Erkrankung möglich (aktive Überwachung der Krebserkrankung)	Ungünstiger Verlauf	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
175	Wenn das "Schlimmste" eintrifft, wo dann die Kraft her holen	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
176	Angst wie es weiter geht!	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
177	Ungewissheit	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
179	Warten auf Untersuchungsergebnisse	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
180	Wechselbäder zwischen Hoffen und immer wieder neuen Metastasen	Ungünstiger Krankheitsverlauf	Metastasen	1 Krankheitsverlauf
181	Ungewissheit über den Ausgang der Operation	Unsicherheit, medizinische Behandlung	Behandlungsverfahren	1 medizinische Betreuung
182	Ihr körperlicher Zustand seit der OP im Sept 2012, der sich bis heute nur mäßig verbessert hat, natürlich auch die psychische Belastung und die Furcht auf erneute Erkrankung	Körperliche Auswirkungen, Psychische Belastung, Progredienzangst	Reduzierter Gesundheitszustand Progredienzangst depressive Symptomatik	1 Auswirkungen der Behandlung 2 Psychische Belastung
183	die Ungewissheit über Folgen der Erkrankung evtl. Rezidiv; die Sorge um Beeinträchtigungen, bleibende körp. Schäden und verkürzte Lebenserwartung	Progredienzangst	Progredienzangst stetige Verschlechterung der Gesundheit körperl. Veränderung	1. Psychische Belastungen 2. Auswirkungen der Behandlung 3. Krankheitsverlauf
184	Warten auf die Operation	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
186	Ungewissheit über Verlauf der Krankheit	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen

187	Ängste wie alles weiter gehen soll	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
189	Mitleid mit dem Leiden meines Mannes während des Krankenhausaufenthaltes	Sorge um den Partner	Sorge um den Erkrankten	1 Psychische Belastungen
190	Frage, ob die Erkrankung noch rechtzeitig diagnostiziert wurde	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
191	Angst um den Partner	Angst	Sorge um den Erkrankten	1 Psychische Belastungen
192	Die seelische Belastung, die Angst vor der Zukunft, vor dem Tod oder vor dem Verlust eines lieben Menschen.	psychische Belastung, Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
193	die Befürchtung selbst zu erkranken; - das Leiden des Partners zu ertragen; - die Angst, dass die Chemo nicht wirkt bzw. Partner stirbt	Progredienzangst, Leiden mitansetzen, Hypochondrie	Progredienzangst depressive Symptomatik	1 Psychische Belastungen
195	Die Angst, nicht helfen zu können und dass mein Mann zu früh sterben würde.	Hilflosigkeit, Progredienzangst	Hilflosigkeit Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
196	Angst vor einem Rezidiv	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
197	zuletzt die häusliche Pflege	Pflegebedürftigkeit	Reduzierter Gesundheitszustand	1 Auswirkungen der Behandlung
198	Ich habe nicht verstanden woher der Krebs kam. Das Leiden meiner Frau, sowie ohnmächtig zusehen zu müssen.	Informationsmangel, Körperliche Auswirkungen, Hilflosigkeit	Interaktion mit med. Personal stetige Verschlechterung der Gesundheit Hilflosigkeit	1 medizinische Betreuung 2 Psychische Belastungen 3 Krankheitsverlauf
199	Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung Schmerzen bekommt. Angst, ihn zu verlieren.	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
200	Die Tatsache anzuerkennen, dass mein Partner an Krebs erkrankt ist.	Tatsache	Diagnose	1 Diagnose
201	Dass meine Frau sterben könnte.	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
202	Vollzeitberuf und gleichzeitig die krankheitsbedingten Einschränkungen durch den Partner unter einen Hut bringen, auch die Versorgung unseres Hundes, der nicht allein bleibt; Angst vor der Zukunft	Zusätzliche Aufgaben, Progredienzangst	Berufsleben/Elternschaft Zusätzliche Aufgaben Progredienzangst	1 Soziale Belastungen 2 Psychische Belastungen
203	depressive Verstimmungen des Partners	Belastung Pat.	Belastung des Erkrankten	1 partnerschaftliche Belastung
204	Die Ungewissheit, was kommt wann	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
205	Dass der Krebs bösartig ist	Bezeichnung	Diagnose	1 Diagnose
206	Meiner Gattin zu helfen, sie immer wieder aufzubauen, mich vom ersten Tag an um alles zu kümmern, mit sämtlichen Ärzten zu sprechen, selbst Ärzte vor dem	Zusätzliche Aufgaben, Belastung des Partners,	Zusätzliche Aufgaben Belastung des Erkrankten Behandlungsfehler	1 Soziale Belastungen 2 Partnerschaftliche

	Personal auf Fehler hinzuweisen, wenn Vorgaben anderer med. Bereiche nicht eingehalten wurden.	Interaktion mit med. Personal		Belastungen 3 Medizinische Betreuung
207	Vielleicht ist es egoistisch von mir, dass er nie darüber spricht und es ihm unwichtig ist, wie es mit mir weitergehen soll! Ich habe große Angst vor dem Danach!	Unterschiedliche Bewältigungsstrategien Veränderungen in der Lebensplanung	Kommunikations-schwierigkeiten Veränderungen in der Lebensplanung	1 Partnerschaftliche Belastungen 2 Soziale Belastungen 3 Psychische Belastungen
208	Das nicht helfen können, die Auswirkungen der Chemo und der OP nicht lindern können	Hilflosigkeit, Auswirkung der Behandlung	Hilflosigkeit Reduzierter Gesundheitszustand	1 Psychische Belastung 2 Auswirkungen der Behandlung
209	Die normalen Dinge des täglichen Lebens zu organisieren	Alltag aufrechterhalten	Zusätzliche Aufgaben	1 Soziale Belastungen
210	die Fahrten zum Krankenhaus, die psychologischen Gespräche mit meiner Frau	Zusätzliche Aufgaben Interaktion mit med. Personal	Zusätzliche Aufgaben Interaktion mit med. Personal	1 Soziale Belastungen 2 medizinische Betreuung
211	keine Hilfe vom Sohn meiner Lebenspartnerin, obwohl Haus und Grundstück ihr und dem Sohn gehört. Haben sehr viel Liebe in die Enkelkinder investiert, leider kommt nichts zurück in unserem Alter.	Enttäuschungen im Sozialen Umfeld	Zusätzliche Aufgaben	1 Soziale Belastungen
212	Die Angst um sein Leben; sein aggressives, mürrisches Verhalten, nur mir gegenüber nach der OP und während der Chemo	Progredienzangst, Belastung des Partners	Progredienzangst Belastung des Erkrankten	1 Psychische Belastungen 2 Partnerschaftliche Belastungen
213	Den Partner leiden zu sehen und nichts gegen die Krankheit unternehmen zu können, dem Fortschreiten der Krankheit machtlos gegenüber zu stehen	Hilflosigkeit, Ungünstiger Verlauf	Hilflosigkeit Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Psychische Belastung 2 Krankheitsverlauf
214	Die lange Narkosezeit	Medizinische Betreuung	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
215	Dass die Krankheit immer wieder zurückkommen kann + dass der Partner nicht mehr so leistungsfähig ist	Progredienzangst, Auswirkungen der Behandlung	Progredienzangst Reduzierter Gesundheitszustand	1 Psychische Belastungen 2 Auswirkungen der Behandlung
216	Ängste meines Ehemannes	Angst des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastungen
217	Diagnose Schock, Angst ihn zu verlieren, um Gesundheit meines Mannes	Diagnose, Progredienzangst	Diagnose Progredienzangst	1 Diagnose Psychische Belastungen
218	Die eigene Hilflosigkeit und die des Partners ("Ohnmacht")	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
219	Nicht helfen zu können	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
220	Die Angst, ihn zu verlieren	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen

221	Die eigene Hilflosigkeit und im ersten Ansatz die Unkenntnis über die Krankheit	Hilflosigkeit, Informationsmangel	Hilflosigkeit Interaktion mit med. Personal	1 Psychische Belastungen 2 medizinische Betreuung
222	Trotz regelmäßiger Vorsorge, bei PSA-Wert 12 hat der Urologe meinen Mann nicht zur Biopsie geschickt, daher der Austritt des Krebses aus der Prostata, erst der Hausarzt hatte weitere Schritte veranlasst, es war zu spät	Behandlungsfehler	Behandlungsfehler	1 Medizinische Betreuung
223	Das ständige auf und ab, mal gute mal schlechte Nachricht	Ungünstiger Krankheitsverlauf	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
224	Stress im Büro, hohe Arbeitsbelastung trotz mentaler Erschöpfung (ständig Gesprächsbedarf des Partners nach Diagnose + div. OPs, jeweiliger seelischer Zustand muss erahnt und entsprechen reflektiert werden)	Beruf, Partnerschaft	Berufsleben/Elternschaft Belastung des Erkrankten Kommunikations-schwierigkeiten	1 Soziale Belastungen 2 Partnerschaftliche Belastungen
225	Von jetzt auf gleich hat sich das gesamte Leben verändert, weil auch die Existenzgrundlage sehr betroffen war/ist und wir nicht nur Zeit für die Krankheit hatten.	Veränderungen in der Lebensplanung,	Veränderungen in der Lebensplanung	1 Soziale Belastungen
226	Die Angst wie es weiter geht. Was sagen die Werte. 3x Verdacht auf Krebs. Prostata OP, Lunge nur Verdacht, große Darm OP, kein Krebs	Progredienzangst	Progredienzangst Behandlungsverfahren	1. Psychische Belastung 2. Medizinische Betreuung
227	Hilflosigkeit! Situationsbedingte unklare Informationen. Mehrbelastung, weil in der Familie (mit kleinen Kindern) eine "Hand" fehlt	Hilflosigkeit, Informationsmangel, Elternschaft	Hilflosigkeit Interaktion mit med. Personal Berufsleben/Elternschaft	1 psychische Belastung 2 Medizinische Betreuung 3 Soziale Belastungen
228	Die Leiden meiner Frau	Körperliche Auswirkungen	Stetige Verschlechterung der Gesundheit	1 Krankheitsverlauf
230	1) Depressionen und Selbstmordgedanken 2) Verdauungsprobleme: Durchfall, Blähungen	psychische und psychosomatische Symptomatik	depressive Symptomatik körperl. Veränderungen	1. Psychische Belastungen 2. Auswirkungen der Behandlung
231	Die Ungewissheit, ob eine Gesundung wieder erreicht wird	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
232	die Stimmungsschwankungen, das "hilflose Danebenstehen", dass man so viel Geduld und Ausdauer haben muss, das "verlangen" meines Partners täglich ihn im KH zu besuchen	Belastung des Partners, Hilflosigkeit, Zusätzliche Aufgaben	Belastung des Erkrankten Hilflosigkeit Zusätzliche Aufgaben	1 Partnerschaftliche Belastung 2 Psychische Belastung 3 Soziale Belastung
233	Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung - auch nach Abschluss der medizinischen Behandlung!	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung



234	mein Partner steht mir in Zukunft nicht mehr zur Seite, wenn ich ihn brauche	Tod des Partners	Limitierte Lebenszeit	1 Krankheitsverlauf
235	Die Ungewissheit, was wird, wie lange die Lebenserwartung	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
236	die Angst, dass die Erkrankung wiederkommt	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
238	die Tatsache, dass das Leben von jetzt auf gleich nicht mehr "planbar" ist (der Boden unter den Füßen ist weg); - die "Rücksichtnahme" auf die unterschiedliche Herangehensweise meines Mannes	Veränderungen im Leben, unterschiedliche Herangehensweise	Veränderungen in der Lebensplanung Kommunikations-schwierigkeiten	1 soziale Belastungen 2 partnerschaftliche Belastungen
239	Die Diagnose und die Hilflosigkeit, dass man dem Partner nicht helfen kann	Diagnose, Hilflosigkeit	Diagnose Hilflosigkeit	1 Diagnose 2 Psychische Belastung
241	Hilflosigkeit gegenüber meines Mannes, gespielte Freundlichkeit in der Verwandtschaft, nicht zu wissen, ob er überlebt und wenn ja, wie geht es weiter?	Hilflosigkeit, Enttäuschungen im sozialen Umfeld, Progredienzangst	Hilflosigkeit zusätzliche Aufgaben Progredienzangst	1 Psychische Belastungen 2 Soziale Belastungen
242	Lebensängste	Veränderungen in der Lebensplanung	Veränderungen in der Lebensplanung	1 Soziale Belastungen
243	kein Sex	Sexualität	Sexualität	1 Partnerschaftliche Belastung
244	Es war schon die dritte Krebserkrankung in der Familie (Schwester vor 5 Jahren gestorben, Vater vor 1 Jahr gestorben), Angst vor Verlust	weitere Belastungsfaktoren, Progredienzangst	Zusätzliche Aufgaben Progredienzangst	1 Soziale Belastungen 2 Psychische Belastungen
245	mögliche Tod	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
246	Dass er nicht darüber sprechen kann	Schwierigkeiten in der Kommunikation	Kommunikations-schwierigkeiten	1 Partnerschaftliche Belastungen
247	Haushalt, seelisch		depressive Symptomatik Zusätzliche Aufgaben	1. psychische Belastungen 2. Soziale Belastungen
248	die Seele	psychische Belastung	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastungen
249	Situation vor und nach OP bis Erfolg klar war	Wartezeiten	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
250	Die Ungewissheit wie schlimm usw., die lange Wartezeit bis zur OP, die Abstände der jeweiligen Untersuchungen	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
251	gesamte Situation - körperlich und seelisch	Psychische Belastungen	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastung
252	Die Zeit während der Chemo-Therapie	Chemotherapie	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
253	Die Sorge, dass die Krankheit nicht heilbar ist	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
254	Der Augenblick der Diagnose wegen der Unwissenheit	Diagnose	Diagnose	1 Diagnose
255	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen

257	Wie unser gemeinsames Leben weitergeht	Veränderungen in der Lebensplanung	Veränderungen in der Lebensplanung	1 Soziale Belastungen
258	Ungewissheit für die Zukunft, - Normalität für das Kind leben	Kind, Zukunft	Berufsleben/Elternschaft Progredienzangst	1 soziale Belastungen 2 psychische Belastungen
259	die charakterliche Veränderung meines Mannes	Partnerschaft	Kommunikations-schwierigkeiten	1 Partnerschaftliche Belastungen
260	Sie leiden zu sehen und nichts machen zu können	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastung
261	Angst, dass meine Partnerin mit der Situation nicht zurechtkommt, - Angst meine Partnerin zu verlieren	Überforderung der Partnerin Verlustangst	Belastung des Erkrankten Progredienzangst	1 Partnerschaftliche Belastung 2 Psychische Belastung
262	Nervliche Belastung	psychische Belastung	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastung
263	eingeschränktes Sexualleben und dass es nur noch um die Erkrankung ging	Sexualität, Tatsache der Erkrankung	Sexualität Diagnose	1 Partnerschaftliche Belastung 2 Diagnose
264	das Wissen, dass mein Mann Krebs hat und die Ungewissheit, bis man das Ergebnis hat, ob er geheilt ist oder nicht	Diagnose, Wartezeit	Diagnose Behandlungsverfahren	1 Diagnose 2 medizinische Betreuung
265	Unsicherheit	Unsicherheit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
266	Das Wort "schwarzer Hautkrebs"	Bezeichnung	Diagnose	1 Diagnose
267	Die Ungewissheit, dass man nicht weiß, wie alles weitergeht	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
268	die Ungewissheit ob man den Krebs besiegt	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
269	Die Bestrahlung	Therapieverfahren	Behandlungsverfahren	1 medizinische Betreuung
270	nicht rückzubildenden Stoma	Körperliche Veränderung	Körperliche Veränderung	1 Auswirkungen der Behandlung
271	In den ersten 2. Monaten nicht mit anderen darüber reden zu dürfen	Fehlende Ansprechpartner	Depressive Symptomatik	1 Psychische Belastung
272	die Chemotherapie, die Krebserkrankungen an sich - die Ungewissheit - Unsicherheiten/Ängste in Bezug auf die Erkrankung und die Zukunft, Angst für das Kind nicht genug Kraft zu haben, Angst vor dem möglichen Tod des Partners		Diagnose Behandlungsverfahren Progredienzangst Berufsleben/Elternschaft	1 Diagnose 2 medizinische Betreuung 3 Psychische Belastung 4 Soziale Belastungen
273	Angst um den Verlauf der Krankheit - zwischenmenschliche Belastungen durch die Chemo - Nebenwirkungen	Progredienzangst, Partnerschaft, Nebenwirkungen	Progredienzangst Kommunikations-schwierigkeiten körperl. Veränderungen	1 Psychische Belastungen 2 Partnerschaftliche Belastungen

				3 Auswirkungen der Behandlung
274	Die Seele und die Nerven	psychische Belastung	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastungen
275	Die Angst des Partners vor der 2. Krebsoperation innerhalb 2 Jahren, nachdem nach der 1. OP viele traumatischen Erlebnisse im Krankenhaus "verdaut" werden mussten.	Belastung des Partners, Behandlung	Belastung des Erkrankten Behandlungsverfahren	1 Partnerschaftliche Belastung 2 Medizinische Betreuung
276	Sorge um das Fortschreiten der Erkrankung zum Tod	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
277	Diagnose	Diagnose	Diagnose	1 Diagnose
278	keine Information über Erfolg oder Misserfolg der Chemo- und Strahlentherapie, jetzt sind es 5 Wochen nach der Chemo- und Strahlentherapie	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 medizinische Betreuung
280	Die Diagnose kam so plötzlich	Tatsache Erkrankung	Diagnose	1 Diagnose
281	Gedanke den Partner zu verlieren	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
282	Konfrontation mit einer evtl. tödlichen Diagnose + Hilflosigkeit	Diagnose, Hilflosigkeit	Diagnose Hilflosigkeit	1 Diagnose 2 Psychische Belastung
283	die Zeit während der Chemo	Chemotherapie	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
284	Durch meinen beruflichen Wechsel (Heilbronn-Bielefeld) war die Situation daher schlimm, weil ich nur an den Wochenenden bei der Familie sein konnte	Berufsleben	Berufsleben/Elternschaft	1 Soziale Belastungen
285	Verlustängste - dass auch mein Mann versterben könnte	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
286	Meine Frau und ich haben im gleichen Jahr eine Krebsdiagnose erhalten und sind operiert worden	Parallele Krebserkrankung beider Partner	Diagnose	Diagnose
287	Meine Psyche und die Ungewissheit	Psychische Belastung	depressive Symptomatik	1 Psychische Belastungen
288	dass einige Menschen sich abgewendet haben, - die Erkenntnis, dass mein Mann auch krank werden kann, - dass ich meine wahren Gefühle nicht so der Umwelt zeigen konnte	Enttäuschung, Erschütterung des Weltbildes, fehlende Möglichkeit, sich auszusprechen	Zusätzliche Aufgaben depressive Symptomatik	1 Psychische Belastung 2 soziale Belastungen
289	Die Ungewissheit und die psychische Belastung bzw. Verfassung des Partners -> Hilflosigkeit	Belastung des Partners, Hilflosigkeit, Progredienzangst	Belastung des Erkrankten Hilflosigkeit Progredienzangst	1 Partnerschaftliche Belastungen 2 Psychische Belastungen
290	keine Belastung			
291	Ungewissheit und Machtlosigkeit	Progredienzangst, Hilflosigkeit	Progredienzangst Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen

292	Die Sorge, dass mein Mann sich aufgibt und keine Hoffnung mehr sieht.	Sorge um den Partner	Sorge um den Erkrankten	1 Psychische Belastungen
293	Die Angst um ihren Gesundheitszustand	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
295	Die Krankheit	Krebserkrankung	Diagnose	1 Diagnose
296	Angst	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
297	Die Angst, dass er sterben könnte	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
298	Ungewissheit, ob Heilungschancen bestehen	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
299	Die Angst, meine Frau könnte nicht mehr geheilt werden oder müsste gar (in absehbarer Zeit) sterben	Angst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
301	dass der Oberarzt im Krankenhaus die Erkrankung als ziemlich stark beschrieben hat	Informationen vom OA	Diagnose	1 Diagnose
302	Ich hatte Angst um das Leben meines Mannes und konnte nicht helfen	Angst, Hilflosigkeit	Progredienzangst Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
303	die Hilflosigkeit gegenüber der Diagnose; Stärke gegenüber Partner, Kinder, Schwiegereltern zu zeigen	Hilflosigkeit, keine Ausdrucksmöglichkeit für Belastung	Hilflosigkeit Zusätzliche Aufgaben Berufsleben/Elternschaft	1 Psychische Belastungen 2 soziale Belastungen
304	Niedergeschlagenheit des Partners	Belastung des Partners	Belastung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Belastung
305	das Wort: Krebs	Bezeichnung	Diagnose	1 Diagnose
306	die Möglichkeit des Verlustes der Partnerschaft	Progredienzangst	Progredienzangst	1 Psychische Belastungen
307	Seine Angst, keine Zeit für ihn zu haben wenn er von der Chemo kommt (Arbeit)	Belastung des Partners, Beruf	Berufsleben/Elternschaft Belastung des Erkrankten	1 Soziale Belastungen 2 Partnerschaftliche Belastungen
308	die Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	Hilflosigkeit	1 Psychische Belastungen
309	Die Ungewissheit während d. Diagnostik; die Arroganz d. 1. behandelnden Professors	Wartezeit, Interaktion mit Personal	Behandlungsverfahren Interaktion mit med. Personal	1 medizinische Betreuung
310	Die geänderten Tagesabläufe, die Sorge um die Zukunft	soziale Belastungen, Progredienzangst	Zusätzliche Aufgaben Progredienzangst	1 Soziale Belastungen 2 Psychische Belastungen
311	Die Zeit zwischen Erkennung und Bestätigung des Tumors	Wartezeit	Behandlungsverfahren	1 Medizinische Betreuung
312	Die Ungewissheit am Anfang, wie geht es weiter? Was wird alles notwendig sein? Sind es die richtigen Entscheidungen?	Progredienzangst, Unsicherheit	Progredienzangst	1 Psychische Belastung
394	Diagnose	Diagnose	Diagnose	1 Diagnose

Tabelle C2

*Aussagen der Befragten zu den Ressourcen im Krankheitsverlauf inklusive Kategorisierungen*

Code	Aussage	Generalisierung	Kategorie 2. Ordnung	Kategorie 1. Ordnung
3	gesamtheitliche Organisation durch das Brustzentrum Harderberg Klinik (Diagnose Therapie Nachsorge); Freundlichkeiten und Kompetenz der Ärzte und des Personals; positive Einstellung meiner Partnerin	Behandlung in Klinik; Freundlichkeit / Kompetenz des Personals; Positive Einstellung des Erkrankten	medizinische Behandlung, Betreuung durch med. Personal, Positive Einstellung	1 medizinische Betreuung 2 Psychosoziale Maßnahmen 3 emotionale und praktische soziale Copingstrategien
4	Krankschreibung einer befreundeten Ärztin, um täglich beim Partner sein zu können, Unterstützung von Arbeitskollegen, die meine Dienste abgedeckt haben und immer ein offenes Ohr hatten	Krankschreibung um beim Erkrankten sein zu können; Unterstützung durch Kollegen; Offenes Ohr der Kollegen	medizinische Behandlung Anteilnahme durch soziales Umfeld gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 Partnerschaftliche Unterstützung
5	Dass wir beide den Krebs als Krankheit angenommen haben	Akzeptanz der Erkrankung	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
6	Hilfe der Kinder und Enkel, Freunde	Kinder, Enkel; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld gemeinsame Zeit und Gespräche	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 1 Partnerschaftliche Unterstützung
7	starke und liebevolle Partnerschaft	Partnerschaft	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
10	die enorme Anteilnahme und Unterstützung der Familie, Freunde und Nachbarschaft	Anteilnahme von Familie, Freunde, Nachbarschaft	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
11	Offenheit und eine klare Art des behandelnden Arztes	Offenheit des Arztes	Einstellung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Unterstützung
13	Der offene Umgang mit meiner Frau in Bezug auf ihre Krankheit	Hilfe / Anteilnahme Familie, Freunden	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
14	Die Hilfe und Anteilnahme von Familie und Freunden	Zusammenhalt/Hilfe der Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
15	Zusammenhalt/Hilfe der Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
16	Die Hilfe der Familie	Vertrautheit in Partnerschaft; Optimismus; Erfahrung aus schwierigen Zeiten	gemeinsame Zeit und Gespräche, Positive Einstellung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
17	- die tiefe Vertrautheit in der Partnerschaft, - schon viel Schweres gemeinsam durchgestanden, - positiv nach vorne schauen			

18	Information über die Krankheit	Krankheitswissen	Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Krankheitswissen
20	selbst gut informiert zu werden, auch von Seiten der behandelnden Ärzte - das ließ sich teilweise (leider nicht durchgängig) ermöglichen	ärztliche Krankheitswissen	Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Betreuung durch med. Personal	1 Krankheitswissen 2 medizinische Betreuung
21	Dass wir eine liebevolle Familie haben, wunderbare Freunde, Nachbarn und Leute, die uns mit guten Wünschen viel Trost spenden. Ein ganz großes Lob an die Prof. und Dr. der MHH Hannover, wir fühlen uns dort sehr gut aufgehoben	Familie; Freunde; Nachbarn, Anteilnahme, Ärzte	Anteilnahme soz. Umfeld, familiäre Unterstützung, medizinische Behandlung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
22	Die Nachsorge-Untersuchung und die Reha-Kur in Bad Oexen	Nachsorge; Reha	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
24	Hilfe der Tochter	Kinder	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
25	Gespräche in der Familie und mit der Partnerin und Bekannten u. Freunden über Krebs und Erfahrungen Betroffener	gemeinsame Zeit und Gespräche, Familie, Bekannten und Freunden; Austausch mit Betroffenen	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
26	Ich empfand die gute Behandlung im Krankenhaus (Sanaklinik Hameln) als sehr unterstützend	Behandlung in Klinik	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
27	Familiäre Nähe, Gespräche mit Schwester	Familie; Gespräche mit Schwester	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
28	die Zuversicht und Hoffnung, dass wir den Krebs besiegen	Zuversicht; Hoffnung	Positive Einstellung Einstellung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
29	Die Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
30	Die Feststellung der momentanen Krebsfreiheit (Lymphknoten)	momentane Krebsfreiheit	Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Krankheitswissen
31	Gespräche mit meiner Partnerin	gemeinsame Zeit und Gespräche	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
33	Gespräche in der Familie; gute Beratung durch Fachärzte und Hausarzt	Gespräche in Familie; ärztliche Beratung	familiäre Unterstützung, Betreuung durch med. Personal	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung

34	Die Liebe und Hilfe der Kinder und Eltern. Die Hilfe und Unterstützung der Schwester meiner Frau. Freunde, die zu uns halten.	Liebe von Kindern; Eltern; Hilfe durch Verwandte; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
35	1. Sich sportlich zu verausgaben 2. Mit Verwandten über das Thema reden	Sport; Gespräche mit Verwandten	Ablenkung, familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische Copingstrategien 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
37	Gespräche mit dem Partner und die Begleitung zu den Ärzten und Gesprächen	gemeinsame Gespräche; ärztliche Betreuung	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
38	Die Hormontherapie sehr gut 10 Jahre - Hitzewellen	Hormontherapie	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
39	Ich fand die Anteilnahme unserer Kinder und Freunde sehr hilfreich	Kinder / Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
42	Die schnelle OP, die Gespräche mit den Ärzten	schnelle Behandlungen; Gespräche mit Arzt	medizinische Behandlung, Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
43	Ärzte und Krankenhaus- Reha	Ärzte; Klinik; Reha	Betreuung durch med. Personal, medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
44	Hilfsbereitschaft	Hilfsbereitschaft	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
45	Unterstützung durch Familie und Freunde	Familie / Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
46	Besprechung mit Ehepartner, Unterstützung durch Kinder	Kinder; gemeinsame Zeit und Gespräche	gemeinsame Zeit und Gespräche, Anteilnahme soz. Umfeld	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
47	Supergute Vorbereitung und Aufklärungsgespräche im OP-Klinikum im Gronau- hier zählt der Mensch noch	ärztliche Vorbereitung und Aufklärungsgespräche	medizinische Behandlung, Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
51	wie stark meine Frau war und immer noch ist, und wie ihre Krankheit die Familie (Kinder und Schwiegersöhne) uns zusammengeschweißt hat	Stärke des Erkrankten; Zusammenhalt in Familie	Einstellung des Erkrankten familiäre Unterstützung	1 partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
52	Enkelkinder/Kinder	Kinder/Enkel	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
54	die Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung

55	Die Offenheit der Ärzte, der Hausärztin (viele Namen angegeben) und immer das "offene Ohr" der Pflegekräfte während der Behandlungen	Offenheit der Ärzte / der Pflege	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
56	Die Anteilnahme von Familie und Freunden und deren Optimismus, da mein Optimismus manches mal am Boden lag.	Anteilnahme / Unterstützung / Optimismus Familie, Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
57	Die Hilfe unserer Kinder	Kinder	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
58	Teilnahme an der Reha in Bad Oexen (Begleitperson)	Rehabilitation	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
60	Umfangreiche Aufklärung durch die behandelnden Ärzte und Reha	Rehabilitation; Aufklärung durch Ärzte	Betreuung durch med. Personal, Rehabilitationsmaßnahme	1 Medizinische Betreuung
62	soziale Umfeld	soziales Umfeld	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
64	die Offenheit, die er uns zeigte; er lässt mich an allem teilnehmen, wie es ihm geht, was die Ärzte über ihn sagen, was ihm helfe	Offenheit des Erkrankten; Teilnehmen lassen	gemeinsame Zeit und Gespräche Einstellung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Unterstützung
65	Es gibt keine Belastungen, mein Mann ist in allem selbstständig. Gott sei Dank.	Selbstständigkeit	Einstellung des Erkrankten	1 emotionale und praktische Copingstrategien
67	Die Offenheit der inv. Ärzte, die Zuwendung der (aller) Familienmitglieder	Offenheit der Ärzte; Zuwendung der Familie	Betreuung durch med. Personal, familiäre Unterstützung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
68	Ohne Hektik und konzentriert jeden Tag angehen	keine Hektik; Konzentration auf Tag	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
70	Meine Ehefrau wurde aus meiner Sicht gut unterstützt.	Unterstützung	Anteilnahme des sozialen Umfelds	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
71	Der Zusammenhalt der Familie	Zusammenhalt in Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
73	Ich liebe meine Frau	Liebe zum Erkrankten	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
74	die Anschlussrehabilitation	Rehabilitation	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
75	Gespräch mit dem behandelnden Arzt	ärztliche Gespräche	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung



76	Die Therapie ist viel weiter "entwickelt", als man es als bisher Unbeteiligter gedacht hat. Die Aufklärung durch die Ärzte ist (in unserem Fall) sehr ausführlich gewesen. Wenn man in der Therapie ist, also einen Therapieplan hat, wird es im Umgang mit der Krankheit einfacher.	fortschrittliche Therapie; Ärztliche Betreuung; Therapieplan	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
77	Gespräche im Krankenhaus mit behandelnden Ärzten und Schwestern, Hilfe in der Familie	Gespräche mit Ärzten / med. Personal; Familie	Betreuung durch med. Personal familiäre Unterstützung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
78	Mein Mann hat eine Selbsthilfegruppe gegründet, in der er sich aktiv für Betroffene einsetzt. Man kommt auf andere Gedanken und verdrängt die Krankheit	Gründung Selbsthilfegruppe; Einsatz für andere; Ablenkung, Verdrängung	SHG, Ablenkung	1 Psychosoziale Maßnahmen 2 emotionale und praktische Copingstrategien
79	2 medizinische Behandlung des Partners	Rehabilitation	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
81	die Heilungsaussicht war gut	Heilungschancen	Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Krankheitswissen
83	Die Unterstützung unserer Kinder und die Gespräche in einer Selbsthilfegruppe mit betroffenen Angehörigen	Unterstützung durch Kinder; Selbsthilfegruppe	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld, SHG	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung, 2 Psychosoziale Maßnahmen
84	Direkte Unterstützung durch 3. hatte ich nicht. Meine Informationen über die Krankheit, welche ich in einschl. Literatur fand. Gewonnene Erkenntnis: es ist kein Todesurteil.	Krankheitswissen durch Literatur; Erkenntnis: kein Todesurteil	Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Krankheitswissen
85	Gespräche mit Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
87	Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppen	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
88	Selbsthilfegruppe meines Mannes	Selbsthilfegruppe	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
89	Ich habe anschließend die Belastungen aufgrund der Vorfreude auf unser zu erwartendes Enkelkind verdrängt. Das hat uns sehr viel Kraft gegeben und gibt uns diese heute noch.	Vorfreude auf Enkelkind	Ablenkung von Erkrankung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
91	Offenheit, Unterstützung des sozialen Umfeldes	Offenheit/ Unterstützung durch soziales Umfeld	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
92	Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen

93	Zuspruch der Kollegen und Freunde	Zuspruch von Kollegen Freunden	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
95	Selbsthilfegruppe, Ärzte und unsere Apotheke, die anfangs immer Lösungen hatte. Das wir miteinander geredet haben und auch die Freunde und Bekannte mit eingezogen haben.	Selbsthilfegruppe; Ärzte; Apotheker; Reden mit Erkranktem; Einbezug Freunde / Bekannte	SHG Betreuung durch med. Personal, gemeinsame Zeit und Gespräche, Anteilnahme soz. Umfeld	1 Psychosoziale Maßnahmen 2 medizinische Betreuung 3 partnerschaftliche Unterstützung 4 emotionale und praktische soziale Unterstützung
96	Wir haben selbst eine Selbsthilfegruppe (Prostatakrebs) ins Leben gerufen, mit Unterstützung unserer Pfarrerin und einer Apotheke	Selbsthilfegruppe gegründet; Pfarrerin; Glaube; Apotheker	SHG Ablenkung Glaube	1 Psychosoziale Maßnahmen 2 emotionale und praktische Copingstrategien
97	gute ärztliche Unterstützung + Gespräche, insbesondere anthroposophischer Art	Ärztliche Unterstützung; Gespräche	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
98	Muss die Krebserkrankung erst kennen lernen (Partner war schon 4 Jahre vorher erkrankt)	Kennenlernen der Erkrankung	Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Krankheitswissen
99	Beginn der Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	SHG	2 psychosoziale Maßnahmen
100	Gespräche mit anderen	Gespräche mit anderen	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
101	Selbsthilfegruppe, in die mein Mann geht. Viele partnerschaftliche Gespräche. Als Patient mündig werden. Gezielte Fragen an den Arzt.	Selbsthilfegruppe; gemeinsame Zeit und Gespräche; Mündigkeit als Patient; Fragen an Arzt	SHG gemeinsame Zeit und Gespräche, Betreuung durch med. Personal	1 Psychosoziale Maßnahmen 2 medizinische Betreuung 3 partnerschaftliche Unterstützung
102	Vertrauen	Vertrauen	Glaube	1 emotionale und praktische Copingstrategien
103	Die Selbsthilfegruppe ist da wirklich sehr hilfreich, auch zu sehen, wie die Anderen damit umgehen.	Selbsthilfegruppe; Austausch mit anderen Betroffenen	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
104	Zusammenheitsgefühl	Zusammenhalt	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
105	die Medizin und Ärzte	Medizin; Ärzte	medizinische Behandlung, Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
107	a) die kompetente Betreuung durch das Klinikum Dortmund und die Gynäkologin b) Sport (Radsport)	Kompetente Betreuung in Klinik; Sport	medizinische Behandlung, Ablenkung	1 Medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
109	positive Einstellung der Situation	positive Einstellung	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien

			Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Betreuung durch med. Personal	1 Krankheitswissen 2 Medizinische Betreuung
110	Blaue Ratgeber, Ärzte die gewisse Fragen beantworten	Ratgeber; Arztgespräche		
111	Unterstützung v. Hausarzt	ärztliche Unterstützung	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
112	Die Hilfe und den Rückhalt meiner Kinder, unserer Freunde und Bekannten.	Kinder; Freunde und Bekannte	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
114	Gemeinsame Gespräche	gemeinsame Gespräche	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
115	Die gute Aufklärung durch die Ärzte. Unterstützung durch die Kinder und Zuspruch der Verwandten und Freunde.	ärztliche Aufklärung; Unterstützung Kinder; Zuspruch Verwandte, Freunde	Betreuung durch med. Personal, Anteilnahme soz. Umfeld, familiäre Unterstützung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
116	Die Hilfe und Anteilnahme der Kinder. Die Anteilnahme selbst betroffener Freunde	Kinder; Anteilnahme anderer Betroffener	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
118	Regelmäßig zum Arzt gehen	regelmäßige Arztbesuche	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
120	Dialogbereitschaft über die eigene Erkrankung meiner Partnerin. Gespräche im Freundeskreis.	Redebereitschaft des Erkrankten; Gespräche mit Freunden	gemeinsame Zeit und Gespräche, Anteilnahme soz. Umfeld	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
122	Halt der Kinder	Kinder	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
123	Anteilnahme soz. Umfeld	Gespräche mit Betroffenen	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
124	- mit Freunden/innen darüber reden zu können; - die Krankschreibung meines Arztes, da ich zwischenzeitlich sehr erschöpft war	Reden mit Freunden; eigene Krankschreibung	Anteilnahme soz. Umfeld, medizinische Behandlung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
125	Familie und Freunde	Familie; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
126	Ich hatte in dieser Zeit keine Unterstützung, im Gegenteil 1 Tag bevor mein Mann operiert wurde, kam mein Bruder ins Krankenhaus. Aber unser Hausarzt hat mir geholfen, dass auch ich Anwendungen bekommen habe.	eigene med. Hilfen	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung

		Gespräche mit Erkranktem/ Freunden; Bewegung; Ablenkung durch Beruf; partnerschaftliche Zärtlichkeit	gemeinsame Zeit und Gespräche, Anteilnahme soz. Umfeld, Ablenkung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 emotionale und praktische Copingstrategien
127	Intensive Gespräche miteinander und mit Freunden, Entspannende Spaziergänge, Ablenken durch Beruf, Zärtlichkeiten mit Partner			
128	die Gespräche der behandelnden Ärzte	Gespräche mit Ärzten	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
130	Die Unterstützung durch unsere Kinder. Anteilnahme von Freunden.	Kinder; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
131	Der Beistand der Ärzte, und den Mut den sie mir machten.	ärztlicher mutmachender Beistand	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
132	Die Hilfe der Kinder und meiner Geschwister, vor allem die Hilfe der Freunde	Kinder / Geschwister; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
133	Dass sie während ihrer Erkrankung pflegebedürftig war und mir meine beiden Töchter und Schwiegersohn geholfen haben	Hilfe durch Kinder	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
134	Gespräche mit meiner Frau; im Lauf der Zeit habe ich gelernt, mit der Krebserkrankung auch Anderen gegenüber offen umzugehen	gemeinsame Zeit und Gespräche; Offenheit gegenüber anderen	gemeinsame Zeit und Gespräche Anteilnahme soz. Umfeld Positive Einstellung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 emotionale und praktische Copingstrategien
135	Die vielen Möglichkeiten zur Entlastung, die ich (fast) von selbst anbieten, bzw. vom Krankenhaus angefangen angeboten werden (Krankentransport, Kostenübernahme, Krankengeld, Kurs usw.)	Durch Gesundheitssystem angebotene Entlastungen	medizinische Behandlung Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Medizinische Betreuung
136	umfassende Informationen zur Krankheit durch unsere Ärzte, Selbsthilfegruppe, "Seite an Seite"	Krankheitswissen durch Ärzte; Selbsthilfegruppe; Seite an Seite	Betreuung durch med. Personal SHG Psychotherapie und Beratung	1 medizinische Betreuung 2 psychosoziale Maßnahmen 3 Krankheitswissen
137	Gespräche mit Freunden. Die Belastungen für meine Frau z.Zt. der Chemotherapie	Freunde	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
138	Das Gespräch mit unserem Sohn + E-Mail-Kontakt mit Krebsberatungsstellen	Gespräche mit Kindern; Beratungsstelle	Anteilnahme soz. Umfeld, Psychotherapie und Beratung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung

139	- Betreuung inkl. Erfahrungen auf dem Gebiet der onkopsychologischen Betreuungen in einem zertif. Brustkrebszentrum; - Beistand des Freundeskreises; - Fachliteratur: Überlebensbuch Brustkrebs	medizinische Betreuung und Erfahrung; Freunde; Fachliteratur	Betreuung durch med. Personal Anteilnahme soz. Umfeld, Auseinandersetzung mit der Erkrankung Psychotherapie und Beratung	1 Medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 Krankheitswissen 4 psychosoziale Maßnahmen
140	1) Unterstützung von Familie/Freunden/Nachbarn 2) Die Geduld meiner Frau während der Behandlung	Unterstützung von Umfeld/Familie/Freunden; Geduld des Erkrankten	Anteilnahme soz. Umfeld, Einstellung des Erkrankten	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 partnerschaftliche Unterstützung
141	Das Vertrauen zum Arzt und der Krankenkasse, dass mein Mann alle Hilfe der Welt erhält	Vertrauen in Arzt und Krankenkasse	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
142	gemeinsame Aussprache/Gespräche, Unterstützung durch Freunde ohne aufdringlich zu sein, Ablenken durch Sport (Austoben für kurze Zeit)	gemeinsame Gespräche; zurückhaltende Unterstützung durch Freunde; Sport	gemeinsame Zeit und Gespräche, Anteilnahme soz. Umfeld, Ablenkung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 emotionale und praktische Copingstrategien
143	Den Mut und die Gelassenheit meiner Partnerin	Mut / Gelassenheit des Erkrankten	Positive Einstellung Einstellung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
144	Glaube, Unterstützung von Familie, Freunde, Kirchengemeinde	Glaube; Familie, Freunde; Gemeinde	Glaube, familiäre Unterstützung Anteilnahme des sozialen Umfelds	1 emotionale und praktische Copingstrategien 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
145	Erstgespräch mit Dr. Brock vor der Chemo	ärztliche Gespräche	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
146	Gespräche mit der Familie und Freunden	Gespräche mit Familie / Freunden	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
147	das Gespräch mit dem Arzt	Gespräch mit Arzt	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
148	sensiblere Lebenseinstellung	sensiblere Lebenseinstellung	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
149	neue Lebenseinstellung - Tendenz/negativ	Lebenseinstellung	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
151	Krebsarzt	ärztliche Betreuung	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung

152	- Anteilnahme von Familie, Freunde, Nachbarn und Umfeld; - überraschende Unterstützung von Personen, mit deren Unterstützung ich nicht gerechnet habe; z.B. andere Eltern aus dem Kindergarten, durch Gespräche oder übernommene Kinderbetreuung	(teilweisende überraschende) Anteilnahme von Umfeld; Gespräche; Kinderbetreuung	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
154	Der Zuspruch und die Unterstützung von Arbeitskollegen und Freunden.	Freunde; Kollegen	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
155	Gespräche mit Ärzten, Fachliteratur (Überlebensbuch), Familie	Gespräche mit Ärzten; Literatur; Familie	Gespräche mit med. Fachpersonal, familiäre Unterstützung Auseinandersetzung mit Erkrankung	1 Medizinische Betreuung 2 Krankheitswissen 3 emotionale und praktische soziale Unterstützung
156	Musikalische Tätigkeit, Arbeit als Selbsthilfegruppenleiter	Musik; Selbsthilfegruppe leiten	Ablenkung, SHG	1 emotionale und praktische Copingstrategien 2 psychosoziale Maßnahmen
157	Gespräche mit Freunden	Gespräche mit Freunden	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
160	Einbeziehung durch meinen Partner in seine Erkrankung, auch bei den Gesprächen mit Ärzten	Einbeziehung durch Erkrankten;	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
161	Selbsthilfe eV Gruppe	Selbsthilfegruppen	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
162	ärztliche Information	ärztliches Krankheitswissen	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
163	Gespräche mit meiner Frau	gemeinsame Zeit und Gespräche	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
164	Gespräche in der Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
165	Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppe	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
166	Hilf Dir selbst, so hilft Dir Gott!	Glaube; Eigeninitiative	Glaube	1 emotionale und praktische Copingstrategien
168	Mit dem Partner reden	gemeinsame Zeit und Gespräche	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
170	Die Möglichkeit im KH so lange bei ihm zu bleiben wie wir es wollten und seine Pflege zu unterstützen -> die schnelle AHB relativ heimatnah, so dass ich ihn besuchen kann. Das Gefühl, dass der Onkologe (wenn wir denn ein klares Ergebnis haben) sehr kompetent und engagiert ist.	Anwesenheit im KH; heimatnahe Behandlung; kompetenter, engagierter Arzt	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung

174	Umfangreiche Informationen über die Erkrankung eingeholt (Fachärzte, Literatur, Internet)	Krankheitswissen (Ärzte, Literatur, Internet)	Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Krankheitswissen
175	Die gute Zurede des Facharztes	ärztliche gute Zurede	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
176	Hoffnung auf Heilung	Hoffnung	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
179	Zuspruch von Freunden und Zusammenhalt in der Familie	Zusammenhalt in Familie; Zuspruch von Freunden	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
180	Unterstützung durch Freunde und Verwandte. Offene Gespräche mit Ärzten	Freunde / Verwandte; offene ärztliche Gespräche	Anteilnahme soz. Umfeld, Betreuung durch med. Personal familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
181	Hilfsbereitschaft und Anteilnahme von Freunden	Hilfsbereitschaft / Anteilnahme Freunde	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
182	Die Bereitschaft zur Hilfe durch unsere Kinder, Freunde und Bekannte, obwohl ich alles, was möglich ist inkl. Stomaversorgung (?) und Unterstützung bei ihrer Blindheit selbst bewältige	Hilfsbereitschaft Kinder, Freunde, Verwandte	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
183	Zuwendung von Freunden, Nachbarn; gute Informationen durch med. Personal	Zuwendung von Umfeld; Krankheitswissen durch med. Personal	Anteilnahme soz. Umfeld, Betreuung durch med. Personal/Pflege	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
184	Aussage des OP-Chefarztes	ärztliche Auskünfte	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
186	Gespräche mit dem zuständigen Arzt	ärztliche Gespräche	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
187	Gegenseitige Hilfe und ärztliche Betreuung	Gegenseitige Hilfe; ärztliche Betreuung	gemeinsame Zeit und Gespräche Betreuung durch med. Personal	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 medizinische Betreuung
189	Unterstützung durch Kinder + Freunde	Kinder; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
190	Gemeinsame Bewältigung der Situation	gemeinsame Bewältigung	gemeinsame Zeit und Gespräche Betreuung durch med. Personal, medizinische Behandlung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 1 Medizinische Betreuung
191	Gute und ehrliche Beratung der Ärzte	Ärztliche Betreuung		
192	Als unterstützend empfinde ich, wenn die Familie, Freunde Nachbarn immer für einen da sind. Wenn man über Dinge reden kann, über die man mit dem Kranken nur sehr schwer sprechen kann.	Familie, Freunde, Nachbarn; Reden über Dinge, über die man mit Erkranktem nicht reden kann	Anteilnahme soz. Umfeld, familiäre Unterstützung,	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung

193	- Empathie der Freunde; - Psychotherapeutische Hilfe	Empathie der Freunde; Psychotherapie	Anteilnahme soz. Umfeld, Psychotherapie und Beratung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung, 2 Psychosoziale Maßnahmen
195	Mein Mann ist Mitglied in der PSA Gruppe	Selbsthilfegruppe	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
196	Verein für biologische Krebsabwehr in Heidelberg	professionelle Ansprechpartner	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
197	1) mich an ärztliche Hilfe zu wenden 2) die Unterstützung der Kinder 3) mein christlicher Halt im Glauben	ärztliche Hilfe; Kinder; Glauben	Betreuung durch med. Personal, familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld, Glaube	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 emotionale und praktische Copingstrategien
199	Gespräche mit guten, alten Freunden. Gespräche mit unserer Onkologin.	Gespräche mit Freunden / Ärzten	Anteilnahme soz. Umfeld, Betreuung durch med. Fachpersonal	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
200	Unterstützung haben wir in der Selbsthilfegruppe gefunden	Selbsthilfegruppe	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
201	Die wohl positiven Aussagen der OP-Ärzte und die Begleitung durch den Hausarzt	Verhalten der Ärzte; ärztliche Begleitung	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
202	Familie, Freunde	Familie; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
203	totale Übereinstimmung mit dem Partner über evtl. Behandlungswege, Freunde, Familie	Einigkeit über Behandlung; Freunde /Familie	gemeinsame Zeit und Gespräche, Anteilnahme soz. Umfeld familiäre Unterstützung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
205	Wir reden drüber und sprechen uns Mut zu	Sprechen über Erkrankung; Mut zusprechen	Positive Einstellung gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
207	Sein Optimismus und Lebensmut	Optimismus / Lebensmut des Erkrankten	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
208	Die Unterstützung meiner Tochter und meiner Familie	Kinder; Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
209	eine positive Grundeinstellung, sich das Lachen nicht verbieten und die Herausforderung anzunehmen	Positive Einstellung; Lachen; Herausforderung annehmen	Positive Einstellung	1 emotionale und praktische Copingstrategien



210	die Arzthelferin des Hausarztes kümmert sich, ist pünktlich und hat aus ihrer Erfahrung viele Tipps	erfahrenes Pflegepersonal	Betreuung durch med. Personal/Pflege	1 Medizinische Betreuung
211	Dass meine Lebenspartnerin nicht aufgibt, trotz Krankheit	Nicht-Aufgeben des Erkrankten	Positive Einstellung Einstellung des Erkrankten	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
212	Die Zuhilfenahme eines Psychiaters noch in der Klinik nach der OP, um die Depression meines Mannes medikamentös zu behandeln. Mit Insidon klarte seine Stimmung auf, sein Appetit kam wieder.	psychiatrische Unterstützung; Antidepressiva	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
213	Dass ich mit meiner Frau über alles reden konnte, so haben wir z.B. gemeinsam ihre eigene Trauerfeier und Beisetzung geplant	Gespräche; Planung des Todesfalls	gemeinsame Zeit u. Gespräche Positive Einstellung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
217	Ist für mich keine große Belastung, versuche meinen Mann zu unterstützen, seelisch und psychisch. Und sind für uns da in guten und schlechten Zeiten.	psych. Unterstützung für Erkrankten geben; Zeit gemeinsam durchstehen	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
218	Einen Arzt (in diesem Fall der Gynäkologe der Partnerin), der sämtliche Struktur "ins eigene Chaos" brachte (denn jeder Facharzt tut dies (wenn überhaupt) nur für seinen eigenen Bereich!)	strukturierter Arzt	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
219	Dass zumindest meiner Meinung nach sie in guten Händen war (Onkologie, Frauenarzt etc.)	gute Behandlung	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
220	Den Halt der Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 1 Partnerschaftliche Unterstützung
222	offene Aussprache und ihn positiv behandeln und begleiten	offenes Sprechen; positiver Umgang	Positive Einstellung gemeinsame Zeit und Gespräche	2 emotionale und praktische Copingstrategien
223	mit meinem Partner offen und ehrlich zu reden, man muss über alles reden nicht schweigen, immer reden	offenes, ehrliches Reden	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
224	Viele Gespräche mit meiner MS-kranken Schwester. Das Verständnis meiner Internistin, die mich bei Erschöpfung arbeitsunfähig geschrieben hat	Gespräche Familie; verständnisvoller Arzt; eigene Krankschreibung	Anteilnahme soz. Umfeld medizinische Behandlung Betreuung durch med. Personal	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
225	Mein Mann ist ein sehr offener Mensch, der sich Hilfe sucht und annehmen kann. Wir waren sofort bei einer	Offenheit des Erkrankten; Selbsthilfegruppe;	1. Einstellung des Erkrankten 2. SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen 2 Krankheitswissen

	Selbsthilfegruppe, er ist heute auch noch dort aktiv. Das Internet. Sein Urologe war sehr hilfreich. Behutsam hat er von einer Untersuchung zur nächsten die weiteren Erfordernisse erklärt.	behutsame, erklärende ärztliche Betreuung	3. Auseinandersetzung mit der Erkrankung 4. Betreuung durch med. Personal	3 medizinische Betreuung 4 partnerschaftliche Unterstützung
226	Ausführliche Gespräche mit Ärzten, Partner mitnehmen. Psychologin bei der Reha Bad Wildungen. Selbsthilfegruppe	ärztliche Gespräche; Psychologe; Selbsthilfegruppen	Betreuung durch med. Personal, Psychotherapie und Beratung SHG	1 Medizinische Betreuung 2 Psychosoziale Maßnahmen
227	Zusatzbelastung puffern (bei uns Kinderbetreuung) um zu zweit Zeit zum Verarbeiten "ohne Alltag" zu haben (so früh wie möglich) - bei uns geschehen durch Schwiegereltern. Gegenwart reflektieren (mit Freunden oder Profis) ...die Zukunft diskutieren á la "...das wird schon wieder..." empfinde ich als unangenehm	Kinderbetreuung; Pause vom Alltag; Schwiegereltern; Gegenwart reflektieren; Freunde; Profis; realistisch über Zukunft sprechen	Anteilnahme soz. Umfeld, gemeinsame Zeit und Gespräche, Psychotherapie und Beratung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 Partnerschaftliche Unterstützung 3 emotionale und praktische Copingstrategien 4 Psychosoziale Maßnahmen
228	Die Bereitschaft der Kinder, ihre Liebe und Hilfsbereitschaft zu zeigen	Liebe und Hilfsbereitschaft der Kinder	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
230	1) Gesprächskreis über esoterische u.a. Fragen (kein Zusammenhang mit dem Krebs) 2) ab 203 Besuch der "FSH nach Krebs"-Gruppe und später die Mitarbeit dort	Esoterik; Selbsthilfegruppen	Glaube SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen 2 emotionale und praktische Copingstrategien
231	Das gemeinsame Gespräch	gemeinsame Zeit und Gespräche	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung
232	Gespräche mit Freunden, der Familie; wir gehen ganz offen mit der Erkrankung um	Gespräche mit Freunde/Familie; Offenheit	Anteilnahme soz. Umfeld familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
233	Aufgefangenwerden durch den Familien- und Freundeskreis	Familie; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
234	Rückhalt in der Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
235	die Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
236	Die medizinische Aufklärung, dass die Erkrankung nicht immer tödlich endet	medizinische Aufklärung	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
237	Familie + Freunde	Familie / Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung

238	- Gespräche mit Freunden und in der Beratung; - gute medizinische Information und ärztliche Unterstützung. Dank der Menschlichkeit der Ärzte haben wir uns gut aufgehoben gefühlt.	Gespräche mit Freunden; Beratung; med. Krankheitswissen; ärztl. Unterstützung; Menschlichkeit der Ärzte	Anteilnahme soz. Umfeld, Betreuung durch med. Personal, medizinische Behandlung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
239	Freunde und Verwandte, die einem beistehen. Und das darüber reden.	Beistand, Gespräche	Anteilnahme soz. Umfeld,	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
241	Die teilweise Aufklärung der Ärzte in Hamburg Eppendorf, die Unterstützung durch unseren Hausarzt Dr. R. Bernau und die Reha in Bad Oexen	ärztliche Aufklärung; Reha	Betreuung durch med. Personal, medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
242	Mein Glaube	Glaube	Glaube	1 emotionale und praktische Copingstrategien
243	Die Selbsthilfegruppe	Selbsthilfegruppen	SHG	1 Psychosoziale Maßnahmen
245	ehrlich über alles zu reden. Große Erkenntnisse durch Selbsthilfegruppe - Leben lernen -	Ehrliches Reden; Selbsthilfegruppe; leben Lernen	Anteilnahme soz. Umfeld SHG	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung, 2 Psychosoziale Maßnahmen
246	Beistand von Töchtern + Freunden	Beistand Kinder / Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
248	die Unterstützung der behandelnden Ärzte (Onkologie)	ärztliche Unterstützung	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
250	Die familiäre Unterstützung im Ganzen, im Krankenhaus die evang. Seelsorge (Verwandter)	Familie; Seelsorge im Krankenhaus	familiäre Unterstützung, Psychotherapie& Beratung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 psychosoziale Maßnahmen
251	Zuspruch + Hilfe von Freunden	Zuspruch / Hilfe von Freunden	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
252	Gründliche Gespräche mit den Ärzten	ärztliche Gespräche	Gespräche mit med. Fachpersonal	1 Medizinische Betreuung
254	Gespräche mit den Ärzten, der Familie und Freunden	Gespräche mit Ärzten, Familie, Freunden	Betreuung durch med. Personal, Anteilnahme soz. Umfeld, familiäre Unterstützung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
255	die Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
257	Keinerlei Unterstützung oder Hilfe erhalten, ein wenig geholfen haben mir unsere gemeinsamen Gespräche und mein Glaube	gemeinsame Gespräche; Glaube	gemeinsame Zeit und Gespräche, Glaube	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien

258	- ein Kind zu haben und dadurch "normal" leben zu müssen, - ansonsten größtenteils Verdrängung, nur auf den nächsten Schritt fokussieren	Kinder; Verdrängung	familiäre Unterstützung Ablenkung von Erkrankung	1 emotionale und praktische Copingstrategien 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
259	die Unterstützung der ganzen Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
260	Ärztliche Betreuung und Gespräche im Krankenhaus. Kompetentes Pflegepersonal anfangs zu Hause. Teilnahme + positive Gespräche im Bekanntenkreis.	Ärztliche Betreuung; Pflegepersonal; Gespräche in Freundeskreis	Betreuung durch med. Personal/Pflege, Anteilnahme soz. Umfeld,	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
261	Das Gefühl, dass meine Partnerin in der MHH sehr gut aufgehoben und behandelt wird von kompetentem Personal.	medizinische Betreuung; kompetentes Personal	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
262	Kinder und Familie	Kinder; Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
263	Austausch und Rückhalt innerhalb der Familie und im Freundeskreis	Austausch / Rückhalt mit Familie / Freunden	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
264	darüber zu reden	darüber reden	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
265	Beratung durch Onkologen und Familie	Ärztliche Beratung; Familie	Betreuung durch med. Personal, familiäre Unterstützung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
266	Die Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
267	Die medizinische Behandlung, Gespräche mit Angehörigen und Freunden	medizinische Behandlung	medizinische Behandlung, Anteilnahme soz. Umfeld familiäre Unterstützung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
268	die Unterstützung der Familie	Unterstützung durch Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
269	Mit dem Taxi vom Wohnort (Haustür) zur Strahlenklinik und zurück	Taxifahrt zur Klinik	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
270	Der positive Umgang mit der Erkrankung durch meinen Partner; Trost durch die Tochter	Positive Einstellung des Erkrankten; Trost durch Kinder	Einstellung des Erkrankten, familiäre Unterstützung	1 partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
271	Dass wir beide viel miteinander geredet haben	gemeinsame Zeit und Gespräche	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung

272	ein befreundetes Paar, die Ärzte, die da waren, keine Scheu vor der Erkrankung hatten, die Familie - Eltern/Schwiegereltern, die stets da waren - auch die Betreuung des Sohnes zum großen Teil mit übernommen haben, der Glaube - Kirche, unsere Hausärztin, die Erziehungsberatungsstelle	Freunde; Familie (Eltern, Schwiegereltern); ärztliche Betreuung ohne Scheu; Kinderbetreuung durch dritte; Glaube; Erziehungsberatungsstelle	Anteilnahme soz. Umfeld familiäre Unterstützung Glaube Betreuung durch med. Personal Psychotherapie und Beratung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung 3 Psychosoziale Maßnahmen 4 emotionale und praktische Copingstrategien
273	Hilfe durch Freund	Freunde	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
274	Familie und Freunde	Familie; Freunde	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
275	umfassende Aufklärung von kompetenter Seite mit Zeit und Zuwendung, Gespräche in Familie und mit Freunden, Info-Material diverses, manchmal auch eine gute Predigt...	kompetente Aufklärung; Gespräche mit Familie / Freunde; Krankheitswissensmaterial; Glaube	Betreuung durch med. Personal, Anteilnahme soziales Umfeld, familiäre Unterstützung, Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Glaube	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 Krankheitswissen 4 emotionale und praktische Copingstrategien
276	unsere Partnerschaft, Offenheit, meine psych. Ausbildung - Umgang mit Erkrankten für 23 Jahre	Partnerschaft; Offenheit; eigene Vorerfahrungen	gemeinsame Zeit und Gespräche Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 Krankheitswissen
280	Es wurde die Wahrheit gesagt	Wahrheit	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
281	Erfahrungsaustausch mit Kollegen, dessen Partner auch an Krebs erkrankt ist	Erfahrungsaustausch mit Betroffenen	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
282	1) sehr freundliches Klinikpersonal 2) voller Einsatz der Kinder 3) sensationelle Unterstützung durch Freunde, Kollegen, Nachbarn (über einen Zeitraum von 7 Monaten)	Freundlichkeit des Klinikpersonals; Einsatz der Kinder; Unterstützung durch soz. Umfeld	medizinische Behandlung, Anteilnahme soz. Umfeld familiäre Unterstützung	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
284	die Hilfe von Bekannten und die der Pflegerin (ASB)	Bekannte; Pflege	Betreuung durch med. Personal, Anteilnahme soz. Umfeld	1 medizinische Betreuung 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
285	die Ruhe und Kompetenz des Internisten	ärztliche Kompetenz	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
286	Wir haben uns gegenseitig Mut gemacht	Partnerschaft	gemeinsame Zeit und Gespräche	1 Partnerschaftliche Unterstützung

				1 Partnerschaftliche Unterstützung
287	Die Aufmunterung vom Partner und Familie	Aufmunterung durch Erkrankten; Familie	Einstellung des Erkrankten, familiäre Unterstützung	2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
288	- Rückhalt meiner Söhne und deren Unterstützung, - Gespräche mit den Nachbarn, die selber Krebs haben, - Spaziergänge mit unserem Hund, sonst hätte ich mich abgeschottet	Rückhalt durch Kinder; Gespräche mit anderen Erkrankten; Spaziergänge; Isolation vermeiden	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld, Ablenkung	1 emotionale und praktische Copingstrategien 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung
289	darüber reden zu können	Gespräche darüber	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
291	Familie und ärztliche Beratung	Familie; ärztliche Beratung	familiäre Unterstützung, medizinische Behandlung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
292	Die Betreuung durch seinen Hausarzt hat ihn gut aufgebaut.	hausärztliche Betreuung	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
293	Dabei sein bei den Rehas, der Aufklärung, bei Vorträgen	Anwesenheit bei Reha des Erkrankten; Aufklärung	medizinische Behandlung gemeinsame Zeit und Gespräche Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 medizinische Betreuung 2 Partnerschaftliche Unterstützung 3 Krankheitswissen
295	Sehr gute Betreuung von allen Ärzten	ärztliche Betreuung	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
296	Familie	Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
297	Die Angst hat uns noch nähergebracht. Wir erleben manche Tage viel intensiver. Verbringen viel Zeit (wenn möglich) miteinander. Machen uns gegenseitig Mut.	weitere Annäherung durch Angst; intensiveres Erleben; gegenseitiges Mut machen; Zeit miteinander verbringen	gemeinsame Zeit und Gespräche, positive Einstellung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 emotionale und praktische Copingstrategien
298	gemeinsames Gespräch, Information durch Ärzte, Internet und Familienhalt	gemeinsame Zeit und Gespräche; ärztliche Betreuung; Krankheitswissen (Internet; Ärzte); Familie	gemeinsame Zeit und Gespräche, Betreuung durch med. Personal, Auseinandersetzung mit der Erkrankung, familiäre Unterstützung	1 Partnerschaftliche Unterstützung 2 Medizinische Betreuung 3 Krankheitswissen 4 Emotionale und praktische soziale Unterstützung
299	Das sorgende Mitgefühl der Kinder und Verwandten, sowie Bekannten und Freunde	Mitgefühl von Familie und Freunden	familiäre Unterstützung, Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung

302	Kinder (2 Söhne und eine Tochter), Hausarzt und Nachbarschaft	Kinder; Arzt; Nachbarschaft	Anteilnahme soz. Umfeld, familiäre Unterstützung, Betreuung durch med. Personal	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
303	Dass ich berufstätig bin und mich gedanklich mit meiner Tätigkeit beschäftige - während der Dienstzeit	Ablenkung durch Arbeit	Ablenkung von Erkrankung	1 emotionale und praktische Copingstrategien
304	Zusammenhalt der Familie	Zusammenhalt in Familie	familiäre Unterstützung	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
305	den ärztlichen Beistand	ärztlicher Beistand	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung
306	die offene Aufklärung und psychologischen Beistand durch bestehende Betreuung	Aufklärung, Offenheit; Psychologischer Beistand	Betreuung durch med. Personal, Psychotherapie und Beratung	1 Medizinische Betreuung 2 Psychosoziale Maßnahmen
307	Info von der Krebsberatungsstelle/ Unterstützung von Freunden (Gespräche, Besuche)/ Termine außer Haus für meinen Mann (Beschäftigung + Ablenkung)	Krankheitswissen von Beratungsstelle; Gespräche / Besuche /Unterstützung von Freunden; Ablenkung durch Termine	Auseinandersetzung mit der Erkrankung Psychotherapie und Beratung Anteilnahme soz. Umfeld Ablenkung von Erkrankung	1 Krankheitswissen 2 emotionale und praktische soziale Unterstützung 3 emotionale und praktische Copingstrategien 4 psychosoziale Maßnahmen
309	Die Haltung unserer Freunde, ihr Zuspruch	Haltung / Zuspruch von Freunden	Anteilnahme soz. Umfeld	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung
310	Die Unterstützung der Freunde, ein tolles offenes unterstützendes Team in der Universitätsmedizin und die Zeit die man sich dort genommen hat	Freunde; Personal in Klinik	Anteilnahme soz. Umfeld, Betreuung durch med. Personal	1 emotionale und praktische soziale Unterstützung 2 medizinische Betreuung
311	Die schnelle Bearbeitung, Einweisung ins Krankenhaus und Operation	schnelle Behandlungen	medizinische Behandlung	1 Medizinische Betreuung
312	Die Informationen aus dem Internet mit den sachlichen Informationen des Würzburger Krankenhauses zu dem recht seltenen Tumor!	Krankheitswissen aus Internet und Klinik	Auseinandersetzung mit der Erkrankung	1 Krankheitswissen
394	ärztliche Informationen	ärztliche Krankheitswissen	Betreuung durch med. Personal	1 Medizinische Betreuung

Anhang D      *Homogenitätsanalysen für den FBK-P und den FBK-P-KF*



Tabelle D1

*Homogenität der Items der ersten Skala der Langform des FBK-P*

Skala 1 allgemeine psychische Stressoren									
Items	1	3	4	5	6	7	9	10	12
1	1.00	.863**	.553**	.640**	.450**	.599**	.571**	.550**	.677**
3		1.00	.517**	.672**	.446**	.590**	.588**	.571**	.667**
4			1.00	.540**	.406**	.439**	.504**	.509**	.505**
5				1.00	.443**	.610**	.575**	.467**	.616**
6					1.00	.634**	.512**	.429**	.577**
7						1.00	.647**	.511**	.700**
9							1.00	.523**	.642**
10								1.00	.597**
12									1.00

*Anmerkungen.* \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. Item 1 = ...fühle ich mich häufig schlapp und kraftlos.; Item 3 = ...fühle ich mich erschöpft.; Item 4 = ...leide ich unter ungeklärten körperlichen Beschwerden.; Item 5 = ...kann ich mich schwer zu Tätigkeiten aufraffen.; Item 6 = ...weine ich viel.; Item 7 = ...habe ich starke Stimmungsschwankungen.; Item 9 = ...fühle ich mich überfordert.; Item 10 = ...leide ich häufiger unter Schlafstörungen.; Item 12 = ...bin ich häufig niedergeschlagen.

Tabelle D2

*Homogenität der Items der zweiten Skala der Langform des FBK-P*

Skala 2 Progredienzangst										
Items	8	15	16	17	18	19	20	21	22	23
8	1.00	.633**	.440**	.623**	.399**	.517**	.505**	.579**	.368**	.653**
15		1.00	.362**	.744**	.444**	.490**	.604**	.636**	.370**	.723**
16			1.00	.440**	.302**	.444**	.460**	.542**	.309**	.414**
17				1.00	.448**	.552**	.686**	.655**	.405**	.721**
18					1.00	.441**	.489**	.430**	.337**	.445**
19						1.00	.507**	.585**	.318**	.566**
20							1.00	.637**	.451**	.619**
21								1.00	.544**	.686**
22									1.00	.490**
23										1.00

*Anmerkungen.* \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. Item 8 = ...verspüre ich starke Angst und Panik, wenn ich an die Erkrankung denke.; Item 15 = Ich habe Angst, dass mein Partner durch die Erkrankung stirbt.; Item 16 = Die Wartezeiten zwischen der medizinischen Untersuchung und dem Ergebnis sind/waren zermürend.; Item 17 = Ich habe Angst vor einer Ausweitung/dem Fortschreiten der Erkrankung meines Partners/meiner Partnerin.; Item 18 = Die Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Behandlung sind/waren erschreckend.; Item 19 = Die Tatsache anzuerkennen, dass mein Partner/ meine Partnerin erkrankt ist, ist/war schwer.; Item 20 = Ich habe Angst, dass mein Partner/meine Partnerin durch die Erkrankung Schmerzen bekommen könnte.; Item 21 = Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung ist/war schwer zu ertragen.; Item 22 = Mit meinen Ängsten in Bezug auf die Erkrankung will ich meinen Partner/meine Partnerin nicht belasten.; Item 23 = In Bezug auf die Erkrankung habe ich Angst vor dem, was die Zukunft bringt.

### Tabelle D3

#### *Homogenität der Items der dritten Skala der Langform des FBK-P*

Skala 3 partnerschaftliche Stressoren				
Items	2	19	23	25
2	1.00	.496**	.637**	.663**
11		1.00	.519**	.489**
13			1.00	.697**
14				1.00

*Anmerkungen.* \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. Item 2 = ...ist unsere Beziehung problematischer geworden.; Item 11 = ...tauschen wir weniger körperliche Zärtlichkeiten aus.; Item 13 = ...verschließt sich mein Partner vor mir.; Item 14 = ...ist unsere Beziehung weniger belastbar.

Tabelle D4

*Homogenität der Items der Kurzform des FBK-P*

Kurzform FBK-P									
Items	1	2	7	12	13	14	20	21	23
1	1.00	.237**	.599**	.677**	.294**	.317**	.355**	.440**	.501**
2		1.00	.273**	.280**	.637**	.663**	.191**	.196**	.216**
7			1.00	.700**	.349**	.419**	.322**	.431**	.479**
12				1.00	.375**	.383**	.386**	.458**	.582**
13					1.00	.697**	.213**	.248**	.280**
14						1.00	.221**	.255**	.303**
20							1.00	.637**	.619**
21								1.00	.686**
23									1.00

*Anmerkungen.* \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.; Item 1 = ...fühle ich mich häufig schlapp und kraftlos.; Item 2 = ...ist unsere Beziehung problematischer geworden.; Item 7 = ...habe ich starke Stimmungsschwankungen.; Item 12 = ...bin ich häufig niedergeschlagen.; Item 13 = ...verschließt sich mein Partner vor mir.; Item 14 = ...ist unsere Beziehung weniger belastbar.; Item 20 = Ich habe Angst, dass mein Partner/meine Partnerin durch die Erkrankung Schmerzen bekommen könnte.; Item 21 = Die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung ist/war schwer zu ertragen.; Item 23 = In Bezug auf die Erkrankung habe ich Angst vor dem, was die Zukunft bringt.;

Anhang E      *Zusammenfassung der Kategorisierung der Belastungen getrennt nach  
Geschlecht mit der absoluten Anzahl und Prozentangaben für Belastungen und  
Ressourcen*

Tabelle E1

*Zusammenfassung der Kategorisierung der Belastungen getrennt nach Geschlecht mit der absoluten Anzahl und Prozentangaben*

	Männer								Frauen								Gesamt														
Kategorien	Codes je Kategorie								n (%)	Codes je Kategorie								n (%)	N (%)												
Anzahl Aussagen	155									208									363												
Kategorien 1. Ordnung																															
Diagnose	4 7 8 11 34 44 59 73 78 133								10 (6.4)	140 148 157 161 166 180								20 (9.6)	30 (8.3)												
										194 198 200 210 227 246																					
										248 262 270 279 284 287																					
										297 299																					
Krankheitsverlauf	26 35 70 80 93 109 111 116 119								9 (5.8)	160 186 202 216 242 265								14 (6.7)	23 (6.3)												
										267 271 279 282 283 293																					
										294 295																					
Auswirkung der Behandlung und Erkrankung	21 37 75 93 98 102								6 (3.9)	144 174 177 181 183 187								12 (5.8)	18 (4.9)												
										196 200 211 239 257 274																					
Medizinische Betreuung	1 18 19 24 28 36 38 39 45 51 59 60 67 72 79 81 82 92 99 102 103 118 119 124 127								25 (16.1)	139 144 149 156 166 170								23 (11.6)	48 (13.2)												
										192 194 215 220 224 230																					
										232 250 253 259 266 275																					
										276 281 288 293 300																					
										141 143 144 145 146 151																					
										154 155 157 162 163 164																					
										166 167 172 173 175 176																					
										179 180 181 182 185 187																					
										190 191 193 195 197 198																					
										199 201 203 204 206 207																					
Psychische Belastungen	3 5 10 12 14 15 16 17 20 21 22 23 25 30 31 32 33 37 38 39 40 42 43 45 48 49 50 51 52 53 56 57 58 61 62 63 64 65 66 69 70 71 72 73 75 76 77 78 79 80 84 85 86 87 90 91 93 95 97 98 99 100 101 103 104 106 108 109 110 112 119 120 122 125 126 128 129 130 131 135								80 (51.6)	208 209 213 214 217 218								85 (40.9)	165 (45.4)												
										219 221 222 223 225 226																					
										232 233 237 238 240 241																					
										243 245 247 249 252 254																					
										255 256 258 259 260 264																					
										265 269 272 273 277 278																					
										280 282 285 291 292 296																					
										298 299 301 302 303 304																					
										305																					
										137 138 139 145 150 153																					
										163 165 174 183 189 191																					
										203 211 227 228 234 235																					
										236 237 239 244 250 257																					
										Partnerschaftliche Belastungen	1 2 21 41 47 86 105 123 129									9 (5.8)	263 268 273 276 285 289								31 (14.9)	40 (11.0)	
																					290										
																					143 153 158 166 184 188										
Soziale Belastungen	1 19 23 25 27 28 33 45 63 68 74 106 113 123 132 136								16 (10.3)	191 193 201 203 212 218								23 (11.1)	39 (10.7)												
										221 223 226 249 251 263																					
										265 274 290 296 302																					
Kategorien 2. Ordnung																															
Stetige																															
Verschlechterung der	26 35 70 93 109 111 116 119								8 (5.2)	160 186 202 216 265 271								10 (4.8)	18 (4.9)												
Gesundheit										279 282 283 294																					
Metastasen	80								1 (0.6)	242 267 293 295								4 (1.9)	5 (1.4)												

Körperliche Veränderungen	21 93 102	3 (1.9)	144 177 187 200 211 239	6 (2.9)	9 (2.5)
Reduzierter Gesundheitszustand	37 75 98	3 (1.9)	174 181 183 196 257 274 139 144 149 166 170 192	6 (2.9)	9 (2.5)
Behandlungs- verfahren	18 36 38 39 59 60 67 72 81 92 99 102 103 124 127	15 (9.7)	194 209 224 215 220 230 232 250 253 266 275 276 281 288 293 300	22 (10.6)	37 (10.2)
medizinische Behandlungsfehler	1 79 118	3 (1.9)	156 209 288	3 (1.4)	6 (1.65)
Interaktion mit med. Personal	19 24 28 38 45 51 82 119 124	9 (5.8)	259 145 151 154 155 157 163 164 166 167 173 175 176 179 182 185 190 195 197 198 199 201 204 206 207 208 214 217 218 219 222 225 226 232 237 238 240 243 245 249 252 254 255 256 258 259 260 264 269 272 278 280 282 291 292	1 (0.48)	10 (2.75)
Progredienzangst	3 5 10 12 14 15 16 17 21 22 23 25 30 31 32 33 37 39 40 42 48 50 56 57 58 61 64 65 66 70 72 75 76 77 80 84 85 86 91 93 97 99 100 103 120 125 126 128 130 131	50 (32.3)	299 301 302 303 304 305 143 144 162 163 180 181 191 206 207 213 223 247	60 (28.8)	110 (30.3)
Hilflosigkeit	20 38 43 45 51 52 53 62 63 69 73 78 79 87 98 101 104 106 109 119 122	21 (13.5)	255 260 278 285 302	17 (8.2)	38 (10.5)
Depressive Symptomatik	49 64 75 77 90 108 112 129 135	9 (5.8)	141 158 187 193 203 221 241 243 277 282 296	11 (3.8)	20 (4.7)
Sorge um den Erkrankten	63 71 95 98 106 110	6 (3.9)	146 172 233 265 273 298 138 211 227 228 237 239	6 (2.9)	12 (3.3)
Sexualität	105	1 (0.6)	257	7 (3.4)	8 (2.2)
Schwierigkeiten in der Kommunikation	21	1 (0.6)	150 203 235 237 263 273 290 137 138 139 145 153 163 165 174 183 189 191 205 234 236 244 250 257 268	7 (3.4)	8 (2.2)
Belastung des Partners	1 2 41 47 86 123 129 19 23 25 27 45 63 106 123 132	7 (4.5)	276 285 289 290	22 (10.1)	29 (7.7)
Berufsleben		9 (5.8)	143 153 166 226 290	5 (2.4)	14 (3.9)
Zusätzliche Verpflichtungen & Belastungen	1 28 33 68 106 113	6 (3.2)	143 184 191 193 218 221 223 226 249 265 274 296 302	13 (4.8)	19 (3.6)
Veränderungen in der Lebensplanung	25 74 136	3 (1.9)	188 201 203 212 251 263	6 (2.9)	9 (2.5)

Tabelle E2

*Zusammenfassung der Kategorisierung der Ressourcen getrennt nach Geschlecht mit der absoluten Anzahl und Prozentangaben*

	Männer								Frauen								Gesamt		
Kategorien	Codes je Kategorie								n (%)	Codes je Kategorie								n (%)	N (%)
Anzahl Aussagen	143									198									341
Kategorien 1. Ordnung																			
Medizinische Betreuung										140	141	145	148	151	161				
										166	168	173	175	179	180				
										182	195	196	199	200	205				
	2	10	15	19	27	28	30	33		206	207	211	212	217	220				
	42	43	52	57	58	61	62	63		223	224	225	228	230	232				
	64	69	73	80	81	84	86	87		233	234	237	239	242	247				
	92	93	95	99	100	103	104		249	250	256	260	263	265					
	120	123	126	128	130	131			268	269	281	283	284	288					
	133							38 (26.6)	290	291	293	297	302		48 (24.2)	86 (25.2)			
										137	144	150	153	160	163				
emotionale und praktische soziale Unterstützung										164	166	175	176	177	179				
										180	181	183	191	194	195				
	5	12	13	17	19	20	21	23		196	197	198	200	204	206				
	25	26	27	31	33	38	40	41		207	208	209	210	216	217				
	45	47	48	49	50	56	60	62		219	226	227	235	241	242				
	64	65	69	70	71	72	75	76		243	245	247	249	250	255				
	77	78	79	80	82	91	93	98		256	259	262	263	265	266				
	103	106	107	108	110	111			273	274	277	279	280	281					
	114	116	124	125	129	132			283	284	285	288	290	296					
	135							53 (37.1)	298	300	301	303	304		65 (32.8)	118 (34.6)			
emotionale und praktische Copingstrategien										143	146	153	156	166	170				
	9	23	24	25	45	66	68	96		187	190	196	203	221	250				
	97	98	102	109	113	114			251	254	257	258	270	273					
	116	123	136					17 (11.9)	287	292	294	296	305		23 (11.6)	40 (11.7)			
Partnerschaftliche Unterstützung										137	156	158	167	174	177				
	7	14	19	24	25	35	45	68		184	185	186	198	200	212				
	72	79	85	98	101	102	109		222	237	251	252	256	258					
	110	122	127	128	130			20 (13.9)	270	273	276	277	287	299	24 (12.1)	44 (12.9)			
Krankheitswissen										142	153	157	171	192	212				
	32	59	64	80	85	130		6 (4.2)	228	234	250	256	271	293	12 (6.1)	18 (5.3)			
Psychosoziale Maßnahmen										145	147	153	154	166	190				
	45	48	74	77	80	99	103		200	202	212	214	215	228					
	118	120						9 (6.3)	236	237	240	245	248	257					
									278	300	305				21 (10.6)	30 (8.8)			
Kategorien 2. Ordnung																			
Betreuung										140	141	148	151	166	173				
										175	179	182	196	199	200				
	2	15	27	28	30	33	52	57		205	206	212	217	225	228				
	58	61	62	64	69	80	81	87		230	232	234	237	242	247				
	93	95	99	100	103	104			250	256	260	263	265	281					
	120	126	128	133				26 (18.2)	284	290	291	293	297	302	36 (18.2)	62 (18.2)			
	10	19	30	42	43	63	73	84											
Behandlung	86	92	95	100	103	104			145	161	168	180	195	207					
	123	126	130	131				18 (12.6)	211	220	223	224	232	239	19 (9.6)	37 (10.8)			



																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Anhang F      *Korrelationen der Kategorien erster Ordnung mit den quantitativen  
Selbstberichtsmaßen getrennt nach Geschlecht*

Tabelle F1

*Korrelationen der Kategorien erster Ordnung mit den quantitativen Selbstberichtsmaßen für die männlichen Befragten.*

Distress Thermometer	PHQ-9	GAD-7	SF-8 (mental)	SF-8 (körperlich)	FBK-P Kurzform	FBK-P Langform
BELASTUNGEN						
<i>Medizinische Betreuung</i>						
.089	-.013	.019	.027	-.004	-.087	-.109
<i>Psychische Belastungen</i>						
<b>.238**</b>	.018	.032	-.094	.085	.148	.138
<i>Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung</i>						
-.077	-.087	-.082	.083	.102	.010	-.054
<i>Krankheitsverlauf</i>						
-.044	.029	.040	.057	.100	-.041	-.008
<i>Diagnose</i>						
.012	.068	-.063	.044	<b>-.252**</b>	.012	.014
<i>Soziale Belastungen</i>						
.156	.046	.139	<b>-.191*</b>	<b>.274**</b>	.125	.164
<i>Partnerschaftliche Belastungen</i>						
-.013	-.118	-.160	.050	-.120	-.024	.067
RESSOURCEN						
<i>Medizinische Betreuung</i>						
.032	-.093	-.165	-.006	.051	-.157	-.081
<i>Soziale Unterstützung</i>						
.147	-.021	.054	-.027	<b>.275**</b>	.094	.047
<i>Coping</i>						
.158	.030	.130	-.038	<b>.226**</b>	.121	.141
<i>Partnerschaft</i>						
.160	.063	.064	-.021	.029	.057	.064
<i>Krankheitswissen</i>						
-.015	-.072	-.041	.021	.104	-.047	-.016
<i>Psychosoziale Unterstützung</i>						
.044	-.090	.012	-.012	.023	-.026	-.028

Anmerkungen. \* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant; \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant; <sup>a</sup> = PHQ-9, Kroenke et al., 2001; <sup>b</sup> = GAD-7, Spitzer et al., 2006; <sup>c</sup> = SF-8 Skalen (MSC & PCS), Ware et al., 2001; <sup>d</sup> = FBK-P & FBK-P-KF, Zimmermann et al., in Vorbereitung.

Tabelle F2

*Korrelationen der Kategorien erster Ordnung mit den quantitativen Selbstberichtsmaßen für die weiblichen Befragten.*

Distress Thermometer	PHQ-9 <sup>a</sup>	GAD-7 <sup>b</sup>	SF-8 <sup>c</sup> (mental)	SF-8 <sup>c</sup> (körperlich)	FBK-P <sup>d</sup> Kurzform	FBK-P <sup>d</sup> Langform
BELASTUNGEN						
<i>Medizinische Betreuung</i>						
.027	-.048	.082	-.059	-.040	-.021	-.003
<i>Psychische Belastungen</i>						
.116	<b>.219**</b>	<b>.201**</b>	<b>-.237**</b>	.049	<b>.270*</b>	<b>.267**</b>
<i>Auswirkungen der Erkrankung und Behandlung</i>						
.102	-.049	-.077	.107	.025	-.017	-.014
<i>Krankheitsverlauf</i>						
<b>.152*</b>	.035	.012	-.020	.047	-.009	.056
<i>Diagnose</i>						
-.089	<b>-.156*</b>	-.123	.117	.104	-.084	-.084
<i>Soziale Belastungen</i>						
.136	<b>.166*</b>	.093	-.139	.014	.131	.149
<i>Partnerschaftliche Belastungen</i>						
.058	.107	.027	-.032	.045	.081	.071
RESSOURCEN						
<i>Medizinische Betreuung</i>						
.016	.033	.088	-.080	-.002	-.001	.018
<i>Soziale Unterstützung</i>						
<b>.168*</b>	.037	-.007	-.074	<b>.165*</b>	.104	.111
<i>Coping</i>						
-.015	.031	-.012	.070	.005	.021	-.004
<i>Partnerschaft</i>						
-.071	-.089	-.091	-.002	.036	-.054	-.068
<i>Krankheitswissen</i>						
-.067	-.054	-.022	-.040	.086	-.064	-.057
<i>Psychosoziale Unterstützung</i>						
.051	-.080	.034	-.021	.100	-.002	-.003

*Anmerkungen.* \* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant; \*\* = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant; <sup>a</sup> = PHQ-9, Kroenke et al., 2001; <sup>b</sup> = GAD-7, Spitzer et al., 2006; <sup>c</sup> = SF-8 Skalen (MSC & PCS), Ware et al., 2001; <sup>d</sup> = FBK-P & FBK-P-KF, Zimmermann et al., in Vorbereitung.

Anhang G      *Abdruckgenehmigungen für die verwendeten Abbildungen*



Franziska Kopsch <kopsch@psychotherapie-bs.com>

---

## Ihre Abdruckanfrage

1 Nachricht

---

**Hogrefe | IP and Rights** <rights@hogrefe.com>

21. Oktober 2019 um 10:50

An: "kopsch@psychotherapie-bs.com" <kopsch@psychotherapie-bs.com>

Sehr geehrte Frau Kopsch,

haben Sie vielen Dank für Ihre Abdruckanfrage vom, die uns über IPR Permissions erreicht hat.

Hiermit erteilen wir Ihnen kostenfrei die Genehmigung zum Abdruck der Abbildung „Das Stresskonzept von Lazarus“ auf S. 1020 des Titels *Organisationspsychologie - Grundlagen und Personalpsychologie* aus der Reihe: Enzyklopädie der Psychologie von Schuler, Birbaumer, Frey, Kuhl, Schneider und Schwarzer (Hrsg.) im Rahmen Ihrer Dissertation mit dem Titel "Distress von Partnern von Krebspatienten".

Bitte bedenken Sie, dass diese Rechte nicht übertragbar sind. Sollte unter der Abbildung oder im Bildquellenverzeichnis ein anderer Rechteinhaber genannt sein, sind Sie verpflichtet, sich bei diesem die Genehmigung einzuholen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Abdruckgenehmigung nur für den von Ihnen beschriebenen Zweck und Umfang gilt. Jeder weitere Einsatz bedürfte einer erneuten Genehmigung.

Wir bitten um exakte Zitierung der Quelle und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Julian Niedung

IP & Rights

[rights@hogrefe.de](mailto:rights@hogrefe.de)

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

[Merkelstr. 3](#)

[37085 Göttingen](#)

[Germany](#)

Tel. +49 551 999 50 0

Fax +49 551 999 50 111

[www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)

Geschäftsführer: Dr. G.-Jürgen Hogrefe

Eingetragen beim AG Göttingen HRA 3361

USt.-ID: DE 160968622

**ELSEVIER LICENSE  
TERMS AND CONDITIONS**

Oct 31, 2019

---

---

This Agreement between Mrs. Franziska Kopsch ("You") and Elsevier ("Elsevier") consists of your license details and the terms and conditions provided by Elsevier and Copyright Clearance Center.

License Number 4699200081106

License date Oct 31, 2019

Licensed Content Publisher Elsevier

Licensed Content Publication European Journal of Oncology Nursing

Licensed Content Title The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model

Licensed Content Author Barbara Swore Fletcher,Christine Miaskowski,Barbara Given,Karen Schumacher

Licensed Content Date Sep 1, 2012

Licensed Content Volume 16

Licensed Content Issue 4

Licensed Content Pages 12

Start Page 387

End Page 398

Type of Use reuse in a thesis/dissertation

Portion	figures/tables/illustrations
Number of figures/tables/illustrations	1
Format	print
Are you the author of this Elsevier article?	No
Will you be translating?	No
Title	Krebsspezifischer Distress bei Partnern von Krebspatienten
Institution name	Technische Universität Braunschweig
Expected presentation date	Feb 2020
Portions	Figure 1: Conceptual model for the impact of caregiver stressors on caregiving well-being.
	Mrs. Franziska Kopsch Annette-Kolb-Straße 4
Requestor Location	Braunschweig, Niedersachsen 38124 Germany Attn: Mrs. Franziska Kopsch
Publisher Tax ID	GB 494 6272 12
Total	0.00 EUR
Terms and Conditions	

## INTRODUCTION

1. The publisher for this copyrighted material is Elsevier. By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the Billing and Payment terms and conditions established by Copyright Clearance Center, Inc. ("CCC"), at the time that you opened your Rightslink account and that are available at any time at <http://myaccount.copyright.com>).

## GENERAL TERMS



2. Elsevier hereby grants you permission to reproduce the aforementioned material subject to the terms and conditions indicated.

3. Acknowledgement: If any part of the material to be used (for example, figures) has appeared in our publication with credit or acknowledgement to another source, permission must also be sought from that source. If such permission is not obtained then that material may not be included in your publication/copies. Suitable acknowledgement to the source must be made, either as a footnote or in a reference list at the end of your publication, as follows:

"Reprinted from Publication title, Vol /edition number, Author(s), Title of article / title of chapter, Pages No., Copyright (Year), with permission from Elsevier [OR APPLICABLE SOCIETY COPYRIGHT OWNER]." Also Lancet special credit - "Reprinted from The Lancet, Vol. number, Author(s), Title of article, Pages No., Copyright (Year), with permission from Elsevier."

4. Reproduction of this material is confined to the purpose and/or media for which permission is hereby given.

5. Altering/Modifying Material: Not Permitted. However figures and illustrations may be altered/adapted minimally to serve your work. Any other abbreviations, additions, deletions and/or any other alterations shall be made only with prior written authorization of Elsevier Ltd. (Please contact Elsevier at [permissions@elsevier.com](mailto:permissions@elsevier.com)). No modifications can be made to any Lancet figures/tables and they must be reproduced in full.

6. If the permission fee for the requested use of our material is waived in this instance, please be advised that your future requests for Elsevier materials may attract a fee.

7. Reservation of Rights: Publisher reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.

8. License Contingent Upon Payment: While you may exercise the rights licensed immediately upon issuance of the license at the end of the licensing process for the transaction, provided that you have disclosed complete and accurate details of your proposed use, no license is finally effective unless and until full payment is received from you (either by publisher or by CCC) as provided in CCC's Billing and Payment terms and conditions. If full payment is not received on a timely basis, then any license preliminarily granted shall be deemed automatically revoked and shall be void as if never granted. Further, in the event that you breach any of these terms and conditions or any of CCC's Billing and Payment terms and conditions, the license is automatically revoked and shall be void as if never granted. Use of materials as described in a revoked license, as well as any use of the materials beyond the scope of an unrevoked license, may constitute copyright infringement and publisher reserves the right to take any and all action to protect its copyright in the materials.

9. Warranties: Publisher makes no representations or warranties with respect to the licensed material.

10. Indemnity: You hereby indemnify and agree to hold harmless publisher and CCC, and their respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims arising out of your use of the licensed material other than as specifically authorized pursuant to this license.

11. No Transfer of License: This license is personal to you and may not be sublicensed, assigned, or transferred by you to any other person without publisher's written permission.

12. **No Amendment Except in Writing:** This license may not be amended except in a writing signed by both parties (or, in the case of publisher, by CCC on publisher's behalf).

13. **Objection to Contrary Terms:** Publisher hereby objects to any terms contained in any purchase order, acknowledgment, check endorsement or other writing prepared by you, which terms are inconsistent with these terms and conditions or CCC's Billing and Payment terms and conditions. These terms and conditions, together with CCC's Billing and Payment terms and conditions (which are incorporated herein), comprise the entire agreement between you and publisher (and CCC) concerning this licensing transaction. In the event of any conflict between your obligations established by these terms and conditions and those established by CCC's Billing and Payment terms and conditions, these terms and conditions shall control.

14. **Revocation:** Elsevier or Copyright Clearance Center may deny the permissions described in this License at their sole discretion, for any reason or no reason, with a full refund payable to you. Notice of such denial will be made using the contact information provided by you. Failure to receive such notice will not alter or invalidate the denial. In no event will Elsevier or Copyright Clearance Center be responsible or liable for any costs, expenses or damage incurred by you as a result of a denial of your permission request, other than a refund of the amount(s) paid by you to Elsevier and/or Copyright Clearance Center for denied permissions.

### LIMITED LICENSE

The following terms and conditions apply only to specific license types:

15. **Translation:** This permission is granted for non-exclusive world **English** rights only unless your license was granted for translation rights. If you licensed translation rights you may only translate this content into the languages you requested. A professional translator must perform all translations and reproduce the content word for word preserving the integrity of the article.

16. **Posting licensed content on any Website:** The following terms and conditions apply as follows: Licensing material from an Elsevier journal: All content posted to the web site must maintain the copyright information line on the bottom of each image; A hyper-text must be included to the Homepage of the journal from which you are licensing at <http://www.sciencedirect.com/science/journal/xxxxxx> or the Elsevier homepage for books at <http://www.elsevier.com>; Central Storage: This license does not include permission for a scanned version of the material to be stored in a central repository such as that provided by Heron/XanEdu.

Licensing material from an Elsevier book: A hyper-text link must be included to the Elsevier homepage at <http://www.elsevier.com>. All content posted to the web site must maintain the copyright information line on the bottom of each image.

**Posting licensed content on Electronic reserve:** In addition to the above the following clauses are applicable: The web site must be password-protected and made available only to bona fide students registered on a relevant course. This permission is granted for 1 year only. You may obtain a new license for future website posting.

17. **For journal authors:** the following clauses are applicable in addition to the above:

#### Preprints:

A preprint is an author's own write-up of research results and analysis, it has not been peer-reviewed, nor has it had any other value added to it by a publisher (such as formatting, copyright, technical enhancement etc.).

Authors can share their preprints anywhere at any time. Preprints should not be added to or enhanced in any way in order to appear more like, or to substitute for, the final versions of articles however authors can update their preprints on arXiv or RePEc with their Accepted Author Manuscript (see below).

If accepted for publication, we encourage authors to link from the preprint to their formal publication via its DOI. Millions of researchers have access to the formal publications on ScienceDirect, and so links will help users to find, access, cite and use the best available version. Please note that Cell Press, The Lancet and some society-owned have different preprint policies. Information on these policies is available on the journal homepage.

**Accepted Author Manuscripts:** An accepted author manuscript is the manuscript of an article that has been accepted for publication and which typically includes author-incorporated changes suggested during submission, peer review and editor-author communications.

Authors can share their accepted author manuscript:

- immediately
  - via their non-commercial person homepage or blog
  - by updating a preprint in arXiv or RePEc with the accepted manuscript
  - via their research institute or institutional repository for internal institutional uses or as part of an invitation-only research collaboration work-group
  - directly by providing copies to their students or to research collaborators for their personal use
  - for private scholarly sharing as part of an invitation-only work group on commercial sites with which Elsevier has an agreement
- After the embargo period
  - via non-commercial hosting platforms such as their institutional repository
  - via commercial sites with which Elsevier has an agreement

In all cases accepted manuscripts should:

- link to the formal publication via its DOI
- bear a CC-BY-NC-ND license - this is easy to do
- if aggregated with other manuscripts, for example in a repository or other site, be shared in alignment with our hosting policy not be added to or enhanced in any way to appear more like, or to substitute for, the published journal article.

**Published journal article (JPA):** A published journal article (PJA) is the definitive final record of published research that appears or will appear in the journal and embodies all value-adding publishing activities including peer review co-ordination, copy-editing, formatting, (if relevant) pagination and online enrichment.

Policies for sharing publishing journal articles differ for subscription and gold open access articles:

**Subscription Articles:** If you are an author, please share a link to your article rather than the full-text. Millions of researchers have access to the formal publications on ScienceDirect, and so links will help your users to find, access, cite, and use the best available version.

Theses and dissertations which contain embedded PJAs as part of the formal submission can be posted publicly by the awarding institution with DOI links back to the formal publications on ScienceDirect.

If you are affiliated with a library that subscribes to ScienceDirect you have additional private sharing rights for others' research accessed under that agreement. This includes use for classroom teaching and internal training at the institution (including use in course packs and courseware programs), and inclusion of the article for grant funding purposes.

**Gold Open Access Articles:** May be shared according to the author-selected end-user license and should contain a [CrossMark logo](#), the end user license, and a DOI link to the formal publication on ScienceDirect.

Please refer to Elsevier's [posting.policy](#) for further information.

**18. For book authors** the following clauses are applicable in addition to the above: Authors are permitted to place a brief summary of their work online only. You are not allowed to download and post the published electronic version of your chapter, nor may you scan the printed edition to create an electronic version. **Posting to a repository:** Authors are permitted to post a summary of their chapter only in their institution's repository.

**19. Thesis/Dissertation:** If your license is for use in a thesis/dissertation your thesis may be submitted to your institution in either print or electronic form. Should your thesis be published commercially, please reapply for permission. These requirements include permission for the Library and Archives of Canada to supply single copies, on demand, of the complete thesis and include permission for Proquest/UMI to supply single copies, on demand, of the complete thesis. Should your thesis be published commercially, please reapply for permission. Theses and dissertations which contain embedded PJAs as part of the formal submission can be posted publicly by the awarding institution with DOI links back to the formal publications on ScienceDirect.

### **Elsevier Open Access Terms and Conditions**

You can publish open access with Elsevier in hundreds of open access journals or in nearly 2000 established subscription journals that support open access publishing. Permitted third party re-use of these open access articles is defined by the author's choice of Creative Commons user license. See our [open access license policy](#) for more information.

### **Terms & Conditions applicable to all Open Access articles published with Elsevier:**

Any reuse of the article must not represent the author as endorsing the adaptation of the article nor should the article be modified in such a way as to damage the author's honour or reputation. If any changes have been made, such changes must be clearly indicated.

The author(s) must be appropriately credited and we ask that you include the end user license and a DOI link to the formal publication on ScienceDirect.

If any part of the material to be used (for example, figures) has appeared in our publication with credit or acknowledgement to another source it is the responsibility of the user to ensure their reuse complies with the terms and conditions determined by the rights holder.

### **Additional Terms & Conditions applicable to each Creative Commons user license:**

**CC BY:** The CC-BY license allows users to copy, to create extracts, abstracts and new works from the Article, to alter and revise the Article and to make commercial use of the Article (including reuse and/or resale of the Article by commercial entities), provided the user gives appropriate credit (with a link to the formal publication through the relevant DOI), provides a link to the license, indicates if changes were made and the licensor is not represented as endorsing the use made of the work. The full details of the license are available at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.

**CC BY NC SA:** The CC BY-NC-SA license allows users to copy, to create extracts, abstracts and new works from the Article, to alter and revise the Article, provided this is not done for commercial purposes, and that the user gives appropriate credit (with a link to the formal publication through the relevant DOI), provides a link to the license, indicates if changes were made and the licensor is not represented as endorsing the use made of the

work. Further, any new works must be made available on the same conditions. The full details of the license are available at <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>.

**CC BY NC ND:** The CC BY-NC-ND license allows users to copy and distribute the Article, provided this is not done for commercial purposes and further does not permit distribution of the Article if it is changed or edited in any way, and provided the user gives appropriate credit (with a link to the formal publication through the relevant DOI), provides a link to the license, and that the licensor is not represented as endorsing the use made of the work. The full details of the license are available at <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>. Any commercial reuse of Open Access articles published with a CC BY NC SA or CC BY NC ND license requires permission from Elsevier and will be subject to a fee.

Commercial reuse includes:

- Associating advertising with the full text of the Article
- Charging fees for document delivery or access
- Article aggregation
- Systematic distribution via e-mail lists or share buttons

Posting or linking by commercial companies for use by customers of those companies.

## 20. Other Conditions:

v1.9

Questions? [customercare@copyright.com](mailto:customercare@copyright.com) or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

---

---